

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

470

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1896, à 1 heure

Par O. SIOU

Né à Goussainville (Eure-et-Loir) le 30 août 1862

Ancien interne de l'hôpital de Saint-Denis

Ex-chef de clinique à la Clinique nationale otologique

annexée à l'Institution des Sourds-Muets

Médaille d'honneur des épidémies

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYDRAMNIOS

DITE AIGUE

ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. | MARCHAND, professeur.
| VARNIER, DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

470

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547114_0041

Faculté de médecine de Paris

Année 1896

THÈSE

Année 1896

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1896, à 1 heure

Par Q. SIOU

Né à Goussainville (Eure-et-Loir) le 30 août 1862

Ancien interne de l'hôpital de Saint-Denis

Ex-chef de clinique à la Clinique nationale otologique

annexée à l'Institution des Sourds-Muets

Médaille d'honneur des épidémies

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYDRAMNIOS

DITE AIGUE

ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
VARNIER, DELBET, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15. Rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTNER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR L.-E. DUPUY

Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis
Membre de la Commission d'Hygiène
de l'Arrondissement de Saint-Denis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

nos recherches que nous avons l'honneur de présenter à
nos collègues de la Faculté.
A nos collègues de la Faculté de Médecine, nous
adressons nos remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYDRAMNIOS

DITE AIGUE
ET DE SON TRAITEMENT

Par le Dr J. B. Baudelocque, Docteur en Médecine,
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine,
et de la Clinique de la Maternité à l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, pendant notre internat à l'hôpital de Saint-Denis, d'observer à la Maternité de cet hôpital un cas d'hydramnios. Ce fait nous a frappé tant par son évolution rapide et la grande quantité du liquide amniotique, que par l'expulsion d'un fœtus monstre né en même temps qu'un fœtus bien conformé. Depuis, nous avons relevé à la Clinique Baudelocque quelques cas qui nous ont paru pouvoir être rapprochés du précédent.

C'est le résultat des réflexions que nous ont suggéré

nos recherches que nous avons résolu de présenter comme sujet de notre thèse.

A nos premiers maîtres dans les hôpitaux, les regrettés D^{rs} Olivier, Ferréol, et Dujardin-Beaumetz, nous adressons un souvenir ému.

Nous avons eu la bonne fortune de suivre les services de MM. les professeurs Le Dentu et Pinard, de MM. Schwartz, Nicaise et Troisier ; nous leur témoignons notre reconnaissance pour leur précieux enseignement.

M. Netter, professeur agrégé, nous donna, dans plusieurs circonstances, des marques de sa bienveillance : nous lui adressons ici nos bien sincères remerciements.

M. le D^r Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'Institution nationale des Sourds-muets et de la Clinique otologique annexée à cet établissement, a droit à toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant l'année que nous avons passée à ses côtés en qualité de Chef de Clinique.

Mais il est quelqu'un à qui nous devons une reconnaissance toute particulière : M. le D^r L. E. Dupuy, médecin de l'hôpital de Saint-Denis, sous la direction duquel nous avons passé plus de quatre années d'internat, nous a donné si souvent des preuves de sa sollicitude et de sa confiance, il nous a tant fait profiter de son expérience et de son savoir que nous lui vouons une inaltérable reconnaissance.

Nous avons suivi avec le plus grand profit le service de M. le D^r Le Roy des Barres, chirurgien de cet hôpital ; qu'il nous permette de le remercier bien sincèrement.

Nous avons eu la bonne fortune de profiter de l'enseignement si recherché de M. le professeur Pinard ; il nous a permis de recueillir à la Clinique Baudelocque les matériaux de notre thèse ; il a bien voulu en accepter la présidence. C'est pour nous un grand honneur que nous ressentons vivement : que notre reconnaissance lui soit acquise.

HISTORIQUE

Les premiers travaux concernant l'hydramnios paraissent dus à Mauriceau, Puzos, et De La Motte qui en ont publié des observations à la même époque. Mais, Mauriceau paraissait confondre entre eux plusieurs états morbides, tels que l'hydramnios, l'hydropisie, la mole hydatiforme, etc. De La Motte, au contraire, a rapporté plusieurs observations qui, à n'en pas douter, concernent des cas d'hydramnios. Il raconte qu'en novembre 1692 il vit une femme qui était tellement grosse, pour le peu de temps qu'elle était enceinte, qu'elle croyait avoir deux jumeaux ; elle éprouvait d'ailleurs en même temps des symptômes très incommodants. Elle accoucha avant terme d'un seul fœtus. En 1701, il vit une autre femme ayant un ventre si volumineux qu'elle croyait porter plusieurs enfants ; or, elle n'accoucha que d'un fœtus mort et petit, mais le liquide était si abondant qu'il s'écoula en ruisseau dans l'escalier.

Dans son *Traité des accouchements*, Puzos en 1759 a fixé tous les traits de « l'hydropisie de matrice ».

J.-L. Baudelocque en relate plusieurs observations dans le *Journal de Sedillot*, an VII de la République.

Il rapporte même des cas où le développement de la matrice se fit d'une façon si subite et si considérable, et avec de tels symptômes, qu'il s'agissait certainement d'hydramnios aiguë. Tel le cas, qu'il cite, d'après Sédillot jeune, et qui est bien connu, de la femme d'un député de Saint-Domingue qui offrit des symptômes alarmants : coliques, vomissements fréquents, diminution des urines, fièvre, amaigrissement rapide et qui perdit 32 livres de liquide amniotique.

Une autre femme que vit Noël Dumarais avait, lorsqu'elle se croyait enceinte de cinq mois, le ventre plus volumineux qu'à la fin d'une grossesse ordinaire. Noël Dumarais crut à une ascite compliquant la grossesse. Mais peu après des phénomènes si graves se montrèrent, qu'il crut devoir faire une ponction « à la hauteur de l'ombilic, c'est-à-dire au-dessus du fond de la matrice à ce terme présumé de la grossesse. » Il retira environ six livres de liquide, mais à la fin il sortit du sang et la malade s'affaiblit. Il arrêta alors la ponction après avoir retiré environ le tiers du liquide. Mais quinze jours plus tard le liquide s'était reproduit et les mêmes symptômes apparurent. Enfin le vingt-et-unième jour après la ponction, la femme accoucha de deux jumeaux d'environ cinq mois ; les deux poches contenaient ensemble 36 à 40 livres d'eau.

Puis, Baudelocque trace en quelques mots les symptômes les plus importants de cette maladie : Fluctuation, ondulation, forme du ventre, et passe avec rapidité sur le pronostic et le traitement. Il termine en disant que

« ces eaux de l'amnios nuisent moins par leur abondance
« que par leur défaut »,

Mercier, dans le *Journal de Sédillot*, en 1812, cite des observations « d'hydropisie de l'amnios » que Charpentier a rapportées dans son mémoire paru en 1880 et qui sont des cas d'hydramnios aiguë. Pour la première fois, il appelle l'attention sur la distinction qu'il y a à faire entre deux formes d'hydramnios.

En 1832, Désormeaux et P. Dubois, dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, insistent sur cette distinction en deux formes, une « passive » et une « active ». Ils citent des observations de ces deux formes, et en étudient les symptômes, diagnostic, pronostic et traitement.

Scarpa, en 1825, relate le cas d'une jeune femme atteinte, dit-il, à la fois d'hydramnios et d'ascite. Devant les menaces de suffocation, il pratiqua la paracentèse abdominale qui donna issue à 15 livres de liquide amniotique.

Ollivier d'Angers, en 1884, dans les *Archives de médecine*, cite un cas d'hydropisie aiguë dans lequel l'abdomen augmenta du tiers d'un jour à l'autre ; mais, par la suite, la maladie s'arrêta.

La même année, dans cette revue, Ingleby rapporte une observation curieuse. La même affection se manifesta dans deux grossesses successives, avec cette particularité que dans la deuxième grossesse, la femme eut des pertes d'eau intermittentes, et l'accouchement eut lieu à terme ; la perforation était telle qu'elle ne permettait qu'une issue modérée du liquide.

Pelletan y relate aussi l'observation d'une hydramnios que l'on prit pour une ascite. On la ponctionna, mais

après l'évacuation rapide de la moitié du liquide, la femme eut une syncope. On cessa la ponction, mais la malade avorta quinze jours plus tard.

Velpeau, dans son *Traité d'accouchements*, paru en 1835, ne fait qu'effleurer le sujet et en conclut que « l'abondance du liquide est en raison inverse de la vigueur, du volume, et de la force du fœtus. C'est, d'ailleurs, aussi l'opinion que professe Dugès dans son *Manuel d'obstétrique* (1840).

Dubuisset, en 1836, fait paraître un mémoire où il étudie la question de l'hydramnios aiguë, et de son origine inflammatoire. Il rapporte le cas d'une femme qui eut quatre grossesses successives avec hydramnios; les trois premières se terminèrent par des avortements; à la quatrième grossesse, elle eut un enfant vivant, venu à terme.

Jacquemier dans son *Traité* (1846) et Oulmont dans la *Revue médico-chirurgicale* (1849-1850) appuient sur la nécessité de distinguer une forme active et une forme passive et citent des observations à l'appui. Merimann et Lec, cités par Jacquemier, cherchent à en préciser l'étiologie et sont tentés d'en faire remonter la cause à la syphilis.

Otto de Breslau en 1841, relate plusieurs cas de monstruosité fœtales coïncidant avec l'hydramnios.

En 1863 Mac Clintock cite des observations d'hydropisie aiguë; chez une de ses malades il y avait déjà eu deux accouchements prématurés, mais avec hydramnios moins considérable que dans la troisième grossesse. Depuis il a publié plusieurs observations d'hydramnios.

En 1872 Sentex rapporte une observation d'hydram-

nios suraiguë suivie d'avortement; puis, s'appuyant sur les cas qu'il a vus, sur les observations de Mercier, d'Oulmont et de Brachet de Lyon, il fait paraître un travail sur « l'amniotite. » Pour lui l'hydramnios est le signe, unique, exclusif et différentiel de l'amniotite.

Hermann Preel, en 1875, étudie les conséquences des variations de quantité du liquide amniotique pendant la grossesse et l'accouchement; Guillemet en 1876 et Petitjean, en 1880, étudient la question surtout au point de vue du diagnostic.

Virchow, Nægelé et Grœnser, prétendent que, dans les cas d'hydramnios, le fœtus est chétif et peu développé; Joulin en parle à peine; Cazeaux seul des classiques y consacre un article.

Enfin, en 1880, M. Charpentier publie dans les *Archives de Tocologie* un mémoire, qui est resté l'ouvrage le plus important qui ait trait à la question. Il établit une distinction entre l'hydramnios aiguë et l'hydramnios chronique; il trace les symptômes de ces deux formes d'hydramnios et relate toutes les théories émises sur leur étiologie et sur l'anatomie pathologique. Depuis, plusieurs travaux ont encore paru. M. le professeur Fournier dans une leçon sur « la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme », dit qu'il y a quelquefois hydramnios dans la période secondaire et pose cette question: Est-ce coïncidence, ou bien est-ce un accident imputable à la syphilis?

En 1881, Bar dans une thèse très intéressante et nourrie d'expériences, contribue à en fixer la pathogénie. Barbézieux en 1888, étudie surtout l'état de développement du

foetus dans l'hydramnios; sa thèse, appuyée sur 232 cas d'hydramnios observés à la Maternité de Lariboisière, réfute les théories de Velpeau, Dugès, Virchow, Nœgelé et Grœnser, et montre que l'hydramnios n'entraîne pas l'arrêt de développement du foetus, mais que si celui-ci est atrophié la cause en est dans une diathèse (syphilis, etc.), ou dans un accident survenu durant la grossesse.

M. le professeur Tillaux, d'abord dans une observation publiée dans la *gazette des Hôpitaux* (Août 1886), puis dans le Tome II de sa *Chirurgie clinique*, et M. Lepage dans un mémoire parue en 1888 sur « *La ponction par la voie abdominale dans l'hydropisie de l'amnios* » étudient complètement la question au point de vue du diagnostic et du traitement. Ce sont aussi ces deux points que Ninaud traite plus spécialement dans sa thèse sur l'hydramnios aiguë (1893).

DÉFINITION

L'hydropisie de l'amnios (hydro-amnios, hydramnios) est l'abondance anormale du liquide amniotique. Dans toute grossesse, la cavité de l'amnios contient une quantité de liquide en rapport avec l'âge de la grossesse; à terme, on l'évalue généralement à 500 grammes. Lorsque la quantité de liquide approche ou dépasse un kilogramme, on dit qu'il y a hydramnios. Mais cette exagération de liquide se produit si fréquemment sans donner lieu à aucun accident que l'on ne peut donner le nom de maladie à toute production exagérée de liquide. Toutefois, il n'en est plus de même lorsque ce liquide se forme rapidement et atteint un volume considérable; dans ce cas, la santé de la mère est ébranlée, sa vie peut être en danger et le produit de la conception est menacé; il y a maladie dans le sens strict du mot et très souvent l'accoucheur doit intervenir. C'est aux cas de ce genre qu'on a donné le nom d'hydramnios aiguë, réservant le nom d'hydramnios chronique ou simplement d'hydramnios aux cas dans lesquels le liquide s'est formé lentement, progressivement, insensiblement, sans causer de troubles notables.

Mais à côté de ces deux cas typiques, nous pouvons encore observer des cas dans lesquels les caractères ne sont pas aussi nettement tranchés. Par exemple, on peut rencontrer des cas dans lesquels le liquide, sans devenir aussi considérable que dans l'hydropisie aiguë, se collecte néanmoins assez rapidement pour frapper l'attention de la malade et donner lieu à des accidents assez nets sinon suraigus du côté maternel ou du côté fœtal.

Aussi pensons-nous que cette distinction en hydramnios aiguë et hydramnios chronique pourrait être avantageusement remplacée par celle-ci :

1° Forme dans laquelle l'hydramnios débutant dans les premiers mois évolue rapidement et empêche la grossesse d'arriver à terme ;

2° Forme dans laquelle l'hydramnios débute plus tardivement, évolue silencieusement et permet à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme.

On admet généralement que des accidents peuvent se produire avec une quantité de liquide égale à cinq litres ; ce sont alors des accidents dûs à la gêne de la circulation, au refoulement du diaphragme, à la surdistension de la paroi abdominale ; ces accidents apparaissent surtout lorsque l'hydropisie aiguë se montre dans la seconde moitié de la grossesse ; mais il peut se produire des accidents non moins nets d'ordre général ou local, surtout lorsque cette marche rapide se montre dans la première moitié de la grossesse ; il n'est pas besoin alors que la quantité du liquide atteigne un chiffre aussi élevé pour qu'il y ait hydramnios aiguë.

FREQUENCE

La fréquence des cas d'hydramnios est très variable suivant les accoucheurs. La cause en est que tous les auteurs n'ont pas de point de repère précis pour apprécier où commence l'hydramnios, et que nombre de cas passent inaperçus ou non signalés ; de plus, on ne connaît pas exactement la quantité de liquide que doit contenir l'utérus à chaque période de la grossesse.

Guillemet a relevé trois cas d'hydramnios (2 litres, 3 litres, 2 litres) sur 441 accouchements à la clinique d'accouchement en 1874, et trois cas sur 575 accouchements en 1873. En 1879, à Cochin, on a noté 7 cas d'hydramnios sur 800 accouchements. Ribemont-Dessaignes et Lepage admettent un cas d'hydramnios sur 125 accouchements en moyenne. Barbezieux relève 232 cas sur 4270 accouchements, ce qui donne 5,43 pour cent accouchements. Sur 10977 accouchements faits à la clinique Baudelocque depuis l'ouverture du service de M. le professeur Pinard jusqu'en 1896, nous avons trouvé 623 cas d'hydramnios, c'est-à-dire 5,67 pour cent accouchements, chiffre qui concorde avec celui de Barbezieux.

Mais les cas d'hydramnios aiguë, d'hydramnios a évo-

lution rapide sont excessivement rares. Nous n'avons pas trouvé de statistique à ce sujet; sur les 623 cas d'hydramnios que nous avons vus, nous n'avons noté que huit cas d'hydramnios aiguë (10977 accouchements).

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Pour connaître les causes de cette affection, il est nécessaire de connaître l'origine et la composition du liquide amniotique. Mais ce sont là des questions encore si discutées à l'heure actuelle, que nous n'aurons pas la prétention de prendre place dans le débat et nous nous bornerons à exposer brièvement les causes qui nous paraissent les plus probables.

Bar, dans sa thèse, range en trois catégories les théories cherchant à préciser la provenance du liquide :

A. — Le liquide amniotique provient de l'organisme fœtal ; il serait dû à l'excrétion de l'urine hors la vessie du fœtus.

B. — Il provient en partie des produits sécrétés par la peau.

C. — Il est produit par la transsudation des parties liquides du sang fœtal à travers l'amnios.

Examinons rapidement ces différents points.

A. — L'hydramnios peut-elle être due à une augmentation de la sécrétion urinaire du fœtus ? En l'état actuel de la science, répond Bar, on ne peut encore se pronon-

cer. Son action, en tout cas, ne se manifesterait qu'à un certain âge de la grossesse.

B. — Les affections cutanées dont peut être atteint le fœtus peuvent-elles être la cause de l'hydramnios ? On a bien cité quelques cas où il y avait malformation de la peau du fœtus et hydramnios, mais on n'a pu démontrer que ce fut là la cause de l'hydramnios. Quant au pemphigus, nous savons qu'il est une des manifestations de la syphilis, et nous verrons plus loin le rôle de cette maladie.

C. — L'exagération du liquide peut-elle être causée par des troubles de la circulation fœtale ayant pour conséquence une augmentation de la pression du sang dans le système de la veine ombilicale ?

C'est dans les lésions qui peuvent causer ce désordre de circulation fœtale que nous paraissent devoir être rangées la plupart des causes pathogéniques.

Du côté du placenta on a noté son hypertrophie, son adhérence, sa dégénérescence fibro-graisseuse, qui peuvent influencer sur la circulation. Néanmoins, l'examen histologique de ces lésions a rarement été fait, et elles sont encore mal connues.

On a signalé une lésion des veines qui sillonnent la face fœtale du placenta. Bar rapporte un cas où, au point d'insertion du cordon sur le placenta, trois branches sur cinq de la veine ombilicale étaient imperméables et apparaissaient à travers l'amnios comme de gros cordons durs.

La veine ombilicale elle-même a été trouvée atteinte de sténose ; Bar cite un fait où il a vu des varices du cor

don ; on a noté aussi le rétrécissement ombilical, et d'autres anomalies du cordon.

Les affections du foie du fœtus, l'hépatite syphilitique en particulier, apportant un obstacle à la circulation du sang, par la compression et même l'oblitération des ramifications de la veine ombilicale dans le foie, augmentent la pression sanguine dans la veine ombilicale. C'est par le même mécanisme qu'agissent les maladies du cœur pendant la vie utérine : insuffisance tricuspide, dilatation des deux oreillettes, rétrécissement de l'artère pulmonaire, dilatation du cœur droit, etc. Il en est de même pour la syphilis du poumon, qui rétrécissant, obturant même les ramifications des canaux artériels détermine une stase dans le système de l'artère pulmonaire.

Certains auteurs ont prétendu que le liquide amniotique pouvait être sécrété par l'amnios. On a peu de tendance à accepter aujourd'hui cette théorie, l'amnios ne contenant aucun organe glandulaire. En tous cas Mercier, Jacquemier, Brachet, Sentex, rapportent des cas où l'hydropisie s'étant manifestée à la suite de traumatismes, de refroidissement, etc., on a trouvé des traces d'inflammation des membranes (opacité et épaissement, vascularisations, suffusions sanguines, produits plastiques semblables à des néo-membranes, etc.). Et c'est surtout dans des cas qui constituent l'hydramnios aiguë que les auteurs ont constaté des lésions qu'ils ont considérées comme étant de nature inflammatoire.

On a prétendu aussi que le liquide amniotique pouvait être produit par l'organisme maternel. Et en effet des troubles circulatoires peuvent exister chez la mère, ve-

nant par exemple, d'affections rénales dans lesquelles le sang tend à s'exosmoser plus facilement à travers les parois vasculaires, ou bien encore d'autres affections augmentant la pression du sang dans les veines utérines : on a noté la coïncidence de l'hydramnios avec l'ascite, l'œdème, l'albuminurie de la mère.

P. Dubois et Désormeaux ont indiqué il y a longtemps, la pléthore de la mère, comme pouvant être cause d'hydramnios.

D'autres auteurs admettent qu'un tempérament lymphatique, une constitution chétive (H. Preel), une diathèse séreuse (Dugès), la cachexie palustre (H. Preel) causent une prédisposition à l'hydropisie.

A nos yeux, la multiplicité même des théories invoquées tant pour expliquer la production de l'hydramnios, que pour interpréter la coïncidence de l'hydramnios et de la grossesse gémellaire, de l'hydramnios et des malformations fœtales, prouve que l'on connaît bien peu la nature de cette maladie et les conditions spéciales qui lui donnent naissance.

Aussi concluons-nous en disant :

Que les causes de l'hydramnios aiguë sont très incertaines ;

Que les théories invoquées peuvent s'appliquer à quelques cas, mais non à la majorité des cas ;

Pourtant, nous pouvons avancer sans crainte :

Que l'hydramnios aiguë coïncide souvent avec la grossesse gémellaire, 25 fois sur 53 cas que nous avons notés. (Charpentier 21, Ninaud 9, et notre thèse : 23) ;

Que l'hydramnios aiguë s'est montrée :

4 fois à la suite de violences, coups, excès de travail ;

5 fois à la suite de refroidissements ;

5 fois à la suite d'émotions, chagrins, ennuis ;

2 fois à la suite d'ennuis et privation de toute sorte.

Sur les 23 observations que nous publions, 6 fois il y a certitude de syphilis et 6 fois de fortes présomptions, une quasi-certitude en faveur de cette maladie. Et encore y a-t-il 3 observations abrégées de Wilson de Baltimore, où ce dernier passe sous silence ce point particulier. Nos faits seraient donc en accord avec les faits observés par Merrimann, R. Lec, Cazeaux, Bourgarel Küstner, professeur Fournier, Maygrier (Obs. V et VIII), etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne connaissons pas de cas où l'on ait fait l'examen histologique des annexes et du fœtus, dans l'hydropisie aiguë de l'amnios.

Après ce que nous venons de dire relativement à la pathogénie il ne nous reste rien à ajouter concernant l'anatomie pathologique de l'hydramnios aiguë.

Nous avons noté l'hypertrophie du placenta, la mollesse, la friabilité de son tissu, sa dégénérescence fibro-graisseuse ; nous avons parlé des anomalies du cordon, son infiltration ; nous avons insisté sur l'épaississement, la vascularisation des membranes, et les néo-formations qui les tapissaient, ainsi que sur les lésions des organes du fœtus. Nous ne connaissons actuellement rien de plus à noter.

Quant au liquide amniotique sa quantité est presque toujours considérable. Labruhe, dans sa thèse où il en fait l'étude chimique, relate plusieurs cas d'examen de liquide amniotique dans les cas d'hydramnios, et il en conclut que le liquide amniotique normal et à terme a une composition chimique à peu près constante qu'il y ait ou non hydramnios. Sa couleur peut varier suivant que les fœtus sont ou non macérés et, suivant la matière sébacée qu'il renferme, etc.

SYMPTOMES

Les symptômes du début de l'hydramnios aiguë sont un peu variables. Suivant quelques auteurs la femme éprouverait quelques symptômes que l'on pourrait appeler précurseurs avant toute manifestation d'épanchement.

Mercier a cité le cas d'une femme qui ayant bu une grande quantité d'eau froide alors qu'elle était en sueur, fut subitement prise de frissons ; peu après se manifestèrent une douleur à l'hypogastre et les symptômes d'une vive inflammation de la matrice. Le dixième jour un mieux paraît s'être produit ; mais le quatorzième jour, on constate que la matrice s'est considérablement développée, et le seizième jour la femme fait son avortement. Chez une autre femme, il nota des frissons, des nausées, de la courbature, puis des vomissements et des douleurs lancinantes à la région hypogastrique, et 10 jours plus tard on nota l'augmentation du ventre ; 45 jours après on fut obligé de faire la ponction.

Nous avons lu plusieurs cas identiques rapportés par Olivier, par Sentex, par Charpentier, par M. Tillaux. Enfin, dans nos observations, nous trouvons quelques cas semblables (Obs. VII, XI, XVI)

Nous admettons donc, avec la plupart des auteurs, que l'épanchement peut être précédé de quelques symptômes, tels que courbature, nausées, vomissements, perte de l'appétit, douleurs dans les lombes et à la région hypogastrique et surtout frissons et mouvement fébrile. A cette époque, on a surtout noté des vomissements qui surviennent très fréquemment, et se reproduisent avec une ténacité plus ou moins grande. Quant aux douleurs, elles siègent dans le ventre, dans les reins, dans les lombes, elles peuvent affecter la forme d'un point de côté; elles sont tantôt continues, tantôt intermittentes. Le plus souvent le ventre commence à grossir peu après l'apparition de ces symptômes. Quelquefois on avait déjà remarqué qu'il était un peu gros pour l'âge présumé de la grossesse, mais comme on n'en ressentait aucun malaise, on n'y avait pas attaché d'importance. C'est donc une poussée aiguë survenant dans le cours d'une hydramnios à marche silencieuse. La production exagérée du liquide se fait en effet de plusieurs façons.

L'abdomen peut grossir progressivement d'une manière continue et en quelques jours la distension maxima est atteinte; quelquefois il se produit une poussée aiguë qui se calme et à laquelle succède une poussée lente et chronique; ou bien encore il se fait plusieurs poussées aiguës, intermittentes, entrecoupées d'accalmies.

Si la marche de la maladie n'est pas interrompue par l'expulsion prématurée du fœtus, l'épanchement devient considérable. Si les symptômes n'ont pas précédé l'épanchement dans son apparition, ils prennent naissance avec lui et se développent en même temps que lui. On note

alors ces douleurs citées plus haut, très violentes habituellement. Peu à peu, avec la surdistension de l'abdomen, elles deviennent continuelles, ne cessent ni jour ni nuit, et ne permettent aucun repos à la malade ; leur siège, nous l'avons vu, est très variable ; l'abdomen est quelquefois si sensible que la pression des draps seule est intolérable. « Les femmes ne savent comment se tenir, le décubitus dorsal ne les soulage pas. La station debout est impossible, la station assise est aussi difficile que pénible » (Charpentier).

L'état général peut devenir très mauvais. La fièvre existe quelquefois (Sentex, Charpentier) sans toutefois être intense. Le pouls est très rapide ; la dyspnée intense, à cause du refoulement du diaphragme. L'œdème de compression apparaît, tantôt limité aux membres inférieurs, tantôt envahissant la région lombaire, la paroi abdominale surtout à la région sus-pubienne. Les vomissements empêchent l'alimentation, aussi la malade maigrit beaucoup et la face est émaciée, grippée.

Les urines sont généralement diminuées de quantité et sédimenteuses ; il existe une certaine gêne de la miction et souvent de la constipation.

L'examen est toujours difficile en raison des douleurs qu'éprouve la femme et de la tension extrême des parois utérine et abdominale. Voici quelques chiffres qui peuvent donner une idée du volume acquis par l'abdomen (Ninaud).

Circonférence au niveau de l'ombilic	Distance de l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne
(a) 128 m.	(a) 48 m.
(b) 132 m.	
(c) 97 m.	(c) 41 m.
(d) 109 m.	(d) 57 m.
Obs. XXII (8 mois 1/2) 128 m.	(obs XXII) 59 cm.

La forme du ventre est assez caractéristique. Au lieu d'être étalé sur les côtés comme dans l'ascite, il est globuleux, pour ainsi dire ovoïde, et il est régulièrement développé sans saillies ni dépressions.

La peau est tendue et luisante; souvent on note un réseau veineux bien dessiné, un œdème assez considérable de la paroi qui augmente encore la difficulté de l'examen.

A la palpation, lorsque le liquide est considérable, il est bien difficile de pouvoir délimiter l'utérus et de reconnaître une partie fœtale. La tension des parois, et la sensibilité abdominale, permettent rarement un examen suffisant. Lorsqu'on peut pratiquer cet examen, le ventre est le plus souvent extrêmement dur et offre partout une consistance ligneuse.

Quelquefois pourtant en prolongeant l'examen assez longtemps et en le pratiquant plusieurs jours de suite on peut percevoir en un point de l'abdomen un changement de consistance, un durcissement; en même temps on peut voir le ventre devenir globuleux. Ce symptôme qui ne peut relever que de la contractilité de l'utérus est très important pour établir le diagnostic. La fluctuation a été

notée, mais on ne l'a pas observée dans tous les cas d'hydropisie aiguë.

La percussion donne de la matité absolue sur tous les points, sauf à l'épigastre, sous les fausses côtes et dans les flancs où ont été refoulées les anses intestinales. Le toucher vaginal ne donne pas toujours des renseignements bien nets, suivant qu'on se rend bien compte de l'état du segment inférieur et du col. Souvent on ne trouve qu'une masse élastique remplissant le petit bassin. Si l'on peut examiner plus facilement on trouve le segment inférieur tendu; suivant cet état de tension le col est plus ou moins entr'ouvert, même avant tout début de travail. Il permet alors souvent de toucher les membranes. Quant au ballottement, il n'est pas toujours facile de le percevoir et on ne l'a pas toujours trouvé. L'auscultation, même faite avec soin, est bien souvent négative; mais en raison de la quantité du liquide, on doit faire ses réserves sur la vitalité du fœtus lorsqu'on ne perçoit pas les bruits du cœur.

Si nous avons pu trouver quelques cas (Ingleby, Olivier, etc.) dans lesquels après des poussées aiguës la maladie a rétrocedé, le plus souvent elle suit son cours et les symptômes s'aggravent. Les malades poussent des plaintes continuelles sous l'influence des douleurs et des menaces de suffocation; leur état moral est lamentable; elles sont en proie à une vive agitation et demandent instamment qu'on les soulage. Aussi, lorsque la nature ne se charge pas elle-même de mettre fin à une situation intolérable par l'expulsion du produit de la conception, l'accoucheur doit-il intervenir.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hydramnios aiguë comporte plusieurs points à élucider. Il faut en effet reconnaître ; 1° s'il y a grossesse ; 2° si cette grossesse est simple ou multiple ; 3° si cette grossesse est compliquée d'hydramnios et non d'ascite, kyste de l'ovaire, môle vésiculaire, etc., ou inversement s'il existe une de ces affections sans grossesse.

Lorsqu'on a eu l'occasion d'examiner la malade et de constater la grossesse avant l'apparition des accidents, le diagnostic est bien simplifié.

Mais le plus souvent on ne voit la malade que lorsque l'abdomen a pris une distension considérable ; il est souvent bien difficile alors de reconnaître s'il y a grossesse. Les signes de probabilité, si on les rencontre, n'ont qu'une valeur toute relative ; on connaît les phénomènes sympathiques de la grossesse accompagnant le développement de tumeurs abdominales. Les signes de certitude font souvent défaut, marqués qu'ils sont par l'abondance du liquide amniotique ; l'auscultation et la palpation sont le plus souvent négatives. Il faut néanmoins

les pratiquer avec soin et le plus souvent possible. Il est arrivé, en effet, qu'au troisième ou quatrième examen, on a senti le ventre se durcir sous le doigt et prendre une forme globuleuse. Ce signe, qui indique que l'on a affaire à l'utérus, est très important pour établir le diagnostic différentiel dans les kystes de l'ovaire dans lesquels on ne rencontre rien de semblable.

Le toucher vaginal peut faire percevoir un ballottement fœtal que l'on n'aura pu sentir par la palpation ; souvent, ce signe sera l'un des plus faciles à percevoir et c'est sur lui qu'on s'appuiera pour croire à la grossesse. Les mouvements actifs en effet échappent le plus souvent à cause de la grande quantité de liquide qui entoure le fœtus.

Si la grossesse est reconnue il faut encore savoir si l'on a affaire à une grossesse gémellaire ou à l'hydramnios. Si le ventre a grossi lentement, on pensera plutôt à la grossesse gémellaire ; car dans l'hydramnios aiguë la distension se fait plus rapidement et s'accompagne de symptômes très nets. Dans la grossesse gémellaire le diamètre transversal de l'abdomen l'emporte généralement sur le diamètre vertical ; le palper peut faire reconnaître en deux points différents des pôles fœtaux semblables, soit membres, soit tête ; il faut donc qu'il y ait plus d'un fœtus. Le ventre semble partagé en deux loges séparées par une dépression verticale ; dans l'hydramnios au contraire la forme du ventre est plus globuleuse, plus régulière. L'auscultation peut faire trouver deux foyers de battements cardiaques, en deux points éloignés de l'abdomen : il y a gémellité.

Admettons que le diagnostic d'hydramnios ait été porté. Comment arriver à diagnostiquer si la grossesse est simple ou gémellaire ? On sait en effet que la grossesse gémellaire coïncide fréquemment avec l'hydramnios aiguë. Or, dans ces cas, le plus ordinairement, le diagnostic de grossesse gémellaire n'a pas été porté. Le palper, si on peut le pratiquer, pourra encore faire constater la présence de plusieurs pôles fœtaux.

Charpentier estime que dans ces cas il faut attacher une grande importance à l'œdème sus-pubien : sa présence doit éveiller l'attention puisque, dit-il, il existe dans tous les cas de grossesse gémellaire sans hydramnios.

Trachet a donné un signe qui dans nombre de cas permet de faire ce diagnostic. La tension de l'abdomen, c'est-à-dire du globe utérin, doit être en rapport avec la tension de l'œuf hydropique. Or, si par le toucher combiné au palper on sent des membranes qui se laissent facilement déprimer, tandis que la tension de la paroi utérine persiste, c'est que les membranes que l'on touche appartiennent à un œuf qui n'est pas l'œuf tendu, l'œuf hydropique. On porte donc le diagnostic de grossesse gémellaire, M. Remy explique que ce signe lui a permis de porter le diagnostic de grossesse double (Obs. XII).

La distinction entre l'ascite et l'hydropisie de l'amnios offre des caractères assez nets.

Il y a d'abord les signes de probabilité ou de certitude de la grossesse, qui manquent pour l'ascite. Dans cette maladie, le ventre est aplati, évasé, étalé sur les côtés ;

le diamètre horizontal l'emporte sur le vertical. Dans l'hydramnios le ventre est globuleux, ovoïde.

La percussion offre des signes opposés : dans l'ascite, la matité est absolue dans les parties latérales et déclives, et à la partie supérieure, antérieure et médiane, on trouve de la sonorité due aux anses intestinales. Si on déplace la malade, la matité se déplace suivant les positions qu'on lui fait prendre, existant toujours aux parties déclives. Au contraire, l'hydramnios donne une matité complète sur la ligne antérieure et médiane, et de la sonorité sur les côtés, sous les fausses côtes et à l'épigastre, points où sont refoulées les anses intestinales. De plus, la matité et la sonorité sont indépendantes de la situation prise par la malade.

Enfin en examinant le cœur, le foie, les reins de la malade, on pourra trouver des lésions qui pourront être la cause de l'ascite et mettre sur la voie du diagnostic.

Celui-ci sera plus difficile à établir, si l'ascite complique la grossesse. On se guidera encore sur la fluctuation qui reste plus manifeste à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du ventre, et sur la percussion qui montrera toujours de la matité aux parties les plus déclives, le liquide se déplaçant suivant les mouvements qu'on fait exécuter à la femme.

Le diagnostic entre l'hydramnios aiguë et les kystes de l'ovaire paraît au premier abord devoir être assez facile, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Dans les deux cas les règles peuvent manquer ; dans l'hydramnios aiguë le développement du ventre est rapide, dans le kyste de l'ovaire enflammé la tumeur

s'accroît rapidement aussi et dans les deux cas il y a apparition de douleurs abdominales très vives.

Pourtant avec beaucoup de soin on peut arriver à reconnaître que dans un cas la tumeur s'est accrue rapidement et d'une façon continue, on a affaire à l'hydramnios, tandis que dans l'autre cas elle s'est accrue par poussées brusques correspondant au moment des règles pour progresser lentement dans l'intervalle, on a alors affaire à un kyste de l'ovaire.

Dans cette dernière affection, le début du développement de la tumeur se manifeste dans un des côtés de l'abdomen et non pas sur la ligne médiane comme dans l'hydramnios. Enfin dans ce dernier cas on peut avoir la bonne fortune de pouvoir constater un des signes de certitude de la grossesse ; ballottement, mouvements actifs et passifs du fœtus, bruits du cœur fœtal. Mais le signe le plus important qui permettra de se prononcer d'une façon affirmative c'est encore le changement de forme et de consistance de l'abdomen que l'on constatera à la vue et à la palpation ; seul l'utérus peut déterminer cette sensation et lorsqu'on la percevra on pourra éliminer sûrement l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire.

Il est encore une affection qu'on pourrait peut-être confondre avec l'hydramnios aiguë ; c'est la môle vésiculaire, la môle hydatique. Cette affection est excessivement rare, et elle n'entraîne pas toujours une augmentation du volume de l'abdomen, comme l'hydramnios. Madame Boivin a même cité des observations où c'est le contraire qui eut lieu. Dans le cas de développement rapide du ventre, on verrait alors s'il n'y a pas de petites

hémorrhagies alternant avec des pertes d'eau pendant la maladie ; ce signe en effet est particulier à la môle vésiculaire. Enfin, si l'on voyait l'issue de vésicules, tout doute serait levé.

PRONOSTIC

D'une manière générale on considère l'hydramnios aiguë comme une complication de la grossesse extrêmement grave pour le fœtus, beaucoup plus grave pour lui que pour la mère. L'expulsion avant terme du produit de la conception, expulsion soit spontanée, soit provoquée, en est une conséquence presque fatale; de plus le fœtus est exposé par suite des présentations vicieuses et des procidences; rappelons enfin la coïncidence de l'hydramnios aiguë avec la syphilis, la grossesse multiple, les monstruosité fœtales.

Du côté de l'organisme maternel nous connaissons l'intensité des troubles cardio-pulmonaires. Il y a plus, les présentations vicieuses peuvent nécessiter des interventions qui ne sont pas toujours sans danger pour la mère. L'utérus distendu à l'excès peut ne se contracter ou ne se rétracter que difficilement, de là, lenteur du travail, hémorrhagies *post-partum*. On a noté aussi le décollement prématuré du placenta (Maygrier, Bernhein). Toutefois en traitant convenablement ces complications la vie de la femme ne serait guère mise en danger.

Voici d'ailleurs le résultat des 23 observations que nous publions; il y a eu :

10 avortements (avant le 6^e mois).

6 accouchements prématurés (de 6 mois 1/2 à 7 mois 1/2).

7 accouchements près du terme ou à terme.

Sur 32 fœtus (il y a eu 9 grossesses gémellaires) :

12 sont morts dans l'utérus plusieurs jours avant l'avortement ;

8 sont morts dans l'utérus avant l'accouchement, soit prématuré, soit à terme ;

11 n'ont donné que quelques signes de vie ou sont morts quelques jours après la naissance ;

1 paraît avoir vécu.

Ce dernier cas appartient à Phocas (Obs. XI), qui fit une ponction de l'utérus par la voie abdominale au huitième mois d'une grossesse gémellaire. Un mois après, la femme accoucha de deux fœtus, un mort et un vivant.

Nos chiffres sont sensiblement les mêmes que ceux rapportés par Ninaud ; celui-ci, sur 30 cas d'hydramnios aiguë, avait eu 16 grossesses gémellaires et une trigémellaire. Sur les 47 produits de la conception, il n'a eu que deux enfants vivants. Le premier était dû à Duclos (voir Charpentier), qui avait provoqué l'accouchement à 7 mois et demi, aussitôt après l'apparition des symptômes graves ; le second était dû à Olivier d'Angers dont la malade avait perdu des eaux à plusieurs reprises, ce qui avait permis à la grossesse d'arriver presque à terme.

Avant de terminer, nous rappellerons que nous avons assez souvent constaté des monstruosité ou des malformations fœtales ; nous les avons notées à la fin de chaque observation.

TRAITEMENT

Le traitement de l'hydropisie aiguë de l'amnios doit avoir pour but d'arrêter la production exagérée du liquide amniotique, de diminuer l'abondance anormale de ce liquide et de parer aux accidents qu'il détermine.

Mais, avant tout, il faut se rappeler que le devoir de tout accoucheur est de faire naître les enfants à terme ; il devra donc, en instituant son traitement, tenir compte de la viabilité du fœtus et chercher à préserver la vie de l'enfant.

On a essayé de plusieurs traitements pour arrêter l'épanchement du liquide amniotique. P. Dubois, qui en faisait remonter la cause à la pléthore maternelle, a pratiqué la saignée et en a obtenu un bon résultat. C'est le seul d'ailleurs que l'on puisse citer à l'actif de ce traitement.

On a employé tour à tour les diurétiques, les purgatifs, le régime lacté, le sulfate de quinine, l'opium : tout semble avoir échoué.

Mac Clintock a publié plusieurs cas où il employa le chlorate de potasse et le fer, associés ou séparément, sous toutes les formes possibles, mais sans aucun résultat satisfaisant.

Le traitement médical qui paraît avoir donné les meilleurs résultats est l'iodure de potassium pris seul ou associé au mercure ; et ceci s'explique, étant donnée la fréquence si grande de la syphilis dans l'étiologie de l'hydramnios aiguë. Aussi, M. le professeur Pinard soumet-il volontiers à ce traitement toutes ses malades atteintes d'hydropisie de l'amnios, il en recueille des résultats satisfaisants.

Mais lorsque, malgré le régime institué, la maladie a fait des progrès, lorsque les accidents graves se manifestent au point de compromettre la vie de la mère, quelle conduite faut-il tenir ?

Le but à atteindre, c'est la déplétion de l'utérus. Or, deux moyens s'offrent à nous pour atteindre ce but : 1° la rupture des membranes ; 2° la ponction de l'utérus par la voie abdominale.

Ces deux moyens nous paraissent répondre à des indications bien nettes pour chacun d'eux : nous allons les examiner.

1° Rupture des membranes.

La rupture des membranes a pour but :

- 1° D'activer un travail commencé ;
- 2° De provoquer le travail.

Dans le premier cas, l'hydramnios a déterminé un commencement de travail ; mais la dilatation ne s'effectue que très lentement, les membranes sont tendues ; l'utérus surdistendu se contracte mal et ses contractions ne font

qu'augmenter les souffrances de la femme. Il est alors indiqué de rompre les membranes; et pour cela, on peut se servir du perce-membrane ou tout simplement de son doigt. Mais il est une précaution qu'il ne faut jamais oublier de prendre à ce moment, c'est de modérer l'écoulement du liquide. Celui-ci, en effet, aussitôt l'ouverture faite, se précipite à flot et agrandit l'orifice, entraînant avec lui, soit le cordon, soit les membres du fœtus. D'un autre côté, l'utérus tendu à l'excès tend à revenir rapidement sur lui-même; de là, des décollements prématurés du placenta avec hémorrhagies.

Enfin, si l'écoulement du liquide est trop brusque, on peut observer des syncopes, comme dans la thoracentèse ou la paracentèse.

Pour éviter cette issue brusque du liquide, on peut rompre les membranes dans l'intervalle des contractions utérines, et laisser sa main appliquée à la vulve pour modérer l'écoulement.

La rupture des membranes a aussi pour but de provoquer le travail. Dans le cas particulier que nous traitons, ce moyen nous paraît répondre aux indications désirées; il détermine la déplétion de l'utérus et pare aux dangers que court la malade. Pour le pratiquer, on se sert d'un petit trocart ou d'un stylet qu'on introduit dans le col de l'utérus. Comme nous l'avons dit plus haut, et pour les mêmes raisons, il faut surveiller l'écoulement du liquide.

Il peut arriver qu'il ne s'en écoule qu'une quantité relativement petite; ce fait se produit lorsque la tête entraînée par le liquide vient s'appuyer contre l'orifice utérin,

ou bien lorsque, la grossesse étant double, on a ponctionné le sac de l'œuf qui n'était pas hydropique.

On a discuté pour savoir à quelle hauteur des membranes on devait faire la ponction. On a espéré qu'en ouvrant l'œuf à l'endroit le plus élevé possible, on pourrait ne donner issue qu'à une certaine quantité de liquide suffisante pour soulager la mère, tout en en laissant assez pour que la grossesse puisse aller à terme. Meissner a même inventé une canule courbe à cet effet. Avec cette canule ou avec une sonde molle munie d'un stylet, on a glissé entre les membranes et la paroi utérine pour percer l'œuf à la hauteur désirée. Le liquide est évidemment sorti plus lentement qu'avec l'autre méthode, et l'utérus a pu y trouver avantage, mais l'accouchement prématuré s'en est toujours suivi plus ou moins rapidement.

Quoiqu'il en soit, l'accouchement provoqué ne nous paraît légitime que lorsque la mort de l'enfant est certaine, ou bien lorsque, la grossesse étant près du terme, on peut espérer un enfant viable.

2° Ponction de l'utérus.

Lorsque la vie de l'enfant est certaine ou même seulement probable et qu'il est actuellement incapable de vivre de la vie extra-utérine, ne serait-il pas possible de tenter une intervention qui, tout en faisant cesser les accidents, pourrait peut-être permettre à la grossesse d'arriver à terme ou près du terme ?

Nous pensons que la ponction de l'utérus à travers la paroi abdominale pourrait arriver à ce résultat. Cette

ponction a déjà été souvent pratiquée, surtout, il est vrai, à la suite d'erreur de diagnostic. Scarper Camper, Noël Dumarais, citent des cas où elle se fit sans le moindre danger pour la mère ; dans ces cas, la grossesse avait été prise pour une ascite. Guéniot, W. Boddy, Kyll, Kidd, etc., ont ponctionné l'utérus croyant ponctionner des ovaires, sans qu'il en résultât le moindre accident.

Parmi les observations plus récentes, deux sont bien connues, l'une publiée par M. Tillaux dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1886, l'autre par M. Lepage dans les *Annales de Gynécologie*, en 1888. A ces deux observations nous ajouterons les deux que nous avons trouvées dues, la première à Nicolas de Grenoble (Obs. X), la seconde à Phocas (Obs. XI).

M. Tillaux, hésitant entre un kyste de l'ovaire et une hydramnios, fit une ponction abdominale. La femme était enceinte de cinq mois environ. Les phénomènes graves qui avaient nécessité l'intervention disparurent, et la femme revint vite à la santé. Elle avorta, un mois après la ponction, de deux jumeaux volumineux.

Dans le cas rapporté par M. Lepage, M. le professeur Pinard hésitait entre la grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un seul œuf, et une grossesse simple coexistant avec une tumeur. Il ne voulut pas rompre les membranes au niveau du col. Il fit une ponction en enfonçant à 8 centimètres à gauche et au-dessus de l'ombilic un trocart n° 2 de l'appareil Potain. La femme était enceinte de cinq mois et demi ; ses accidents disparurent et elle fut vite rétablie ; vingt jours après, elle avorta de deux jumeaux.

Nicolas (Obs. X) diagnostique une hydropisie aiguë de l'amnios et, dans l'espoir de voir la grossesse aller à terme, fait une ponction par la voie abdominale, pour parer aux accidents graves de dyspnée, etc. Mais il ne retire que trois litres de liquide; la femme est peu soulagée; elle accouche deux jours après, à sept mois et demi de grossesse: il y avait encore plus de sept litres de liquide dans l'abdomen. Le fœtus présentait de l'hydrocéphalie, des pieds bots, etc. La mère se rétablit facilement.

Phocas (Obs. XI), après avoir hésité entre un kyste et une hydramnios, fait une ponction abdominale. Sa première ponction ne donne issue à aucun liquide; elle avait été pratiquée sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Deuxième ponction au-dessus de l'ombilic: issue de quatre litres de liquide. Cette femme se lève trois jours après, et un mois plus tard elle accouche à terme de deux jumeaux, l'un vivant, l'autre mort depuis quelque temps.

Dans les observations de M. Tillaux et de M. Lepage, l'accouchement survint assez longtemps après la ponction pour que celle-ci ne doive pas être incriminée comme cause de cet accouchement prématuré. La grossesse gémellaire et l'hydramnios l'expliquent d'ailleurs suffisamment. Dans l'observation de Nicolas, la ponction n'a été faite qu'au dernier moment, lorsque les accidents étaient menaçants; on n'a retiré d'ailleurs que trois litres de liquide, sur plus de dix litres, et de plus l'enfant avait de l'hydrocéphalie, des pieds bots, des mains botes, etc.

Enfin le cas de Phocas est des plus favorables; on fait

deux ponctions, on retire quatre litres de liquide. Le lendemain la femme veut se lever, et un mois après, elle accouche de deux jumeaux, dont un vivant.

Nous pensons donc que cette ponction, si facile, si anodine lorsqu'elle est faite avec les soins voulus, doit être préférée à la rupture des membranes. D'ailleurs, après avoir fait disparaître les accidents, elle permet à la femme de prendre du repos, à la grossesse de se prolonger ; l'utérus n'est plus fatigué par la distension exagérée et l'accouchement deviendra moins dangereux, moins sujet aux complications. Enfin, dans les cas de diagnostic très difficile, tout en parant aux accidents, elle peut servir à faire le diagnostic différentiel. N'eût-il pas mieux valu la pratiquer dans le cas de Reverdin, plutôt que de s'exposer aux délabrements occasionnés par l'opération (résection de l'intestin, etc.) ?

En résumé, nous dirons que cette opération éclaire le diagnostic, tout en parant aux accidents ; qu'elle est sans danger pour la mère, et que si, elle venait à provoquer le travail, elle donne le temps à l'utérus de reprendre sa forme normale et rend l'accouchement plus facile.

La ponction doit être pratiquée avec un trocart de grosseur moyenne ou avec l'appareil du professeur Potain. Le lieu d'élection semble être au niveau de l'ombilic ou un peu au-dessus et à gauche. Il ne faut pas oublier que dans le cas de grossesse gémellaire avec hydropisie d'un seul œuf, il peut ne s'écouler que très peu de liquide ; il faut alors faire une nouvelle ponction qui atteindra l'œuf hydropique.

Après l'opération, les malades devront garder le repos

le plus absolu ; il faudra surveiller les bruits du cœur fœtal et s'opposer aux menaces d'accouchement.

Deux points restent à élucider dans la technique dans cette intervention.

Est-il possible de blesser l'enfant ?

Qu'arriverait-il si le trocart traversait le placenta ?

Les observations où l'on relate cette ponction sont muettes sur ces deux questions.

Mais M. le professeur Tillaux donne les conseils suivants :

« Rien n'empêche que l'on ne s'assure par une palpation douce et répétée de l'épaisseur des parois utérines
« sur chacune des régions ; rien n'empêche qu'en étudiant
« les sensations fournies par le choc on n'arrive à se dire
« qu'il n'existe pas de placenta pour affaiblir ces sensations en un point donné. Rien n'empêche qu'on détermine par la palpation et l'auscultation, la position du
« corps du fœtus ».

Ces conseils supposent évidemment une délicatesse du palper bien difficile à obtenir. Nous pensons néanmoins, malgré ces deux points obscurs, que la ponction de l'utérus par la voie abdominale est une bonne opération et nous serions heureux que les faits vinssent nous confirmer dans notre manière de voir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (abrégée).

R. Wilson.

Grossesse gémellaire. Hydramnios rapide. Avortement provoqué.

Mme N..., âgée de 32 ans, secondipare, me consulta dans le sixième mois de sa grossesse en mars 1882, à cause d'une hémorrhagie. La dernière menstruation avait eu lieu en octobre 1881. En l'examinant, je trouvai l'abdomen développé pour cette époque de la grossesse, le fœtus petit et très mobile dans une grande quantité de liquide amniotique. Deux semaines après je provoquai l'avortement parce qu'il était apparu rapidement des symptômes assez graves : oppression, œdème, perte de forces, et qu'on n'entendait pas les battements du cœur fœtal. Il s'écoula un seau d'eau et de sang.

Il y avait deux enfants du sexe féminin. De ces jumeaux, l'un était très développé et plus œdématisé que l'autre. Hydramnios de la cavité amniotique du plus gros enfant. Le cœur et les reins de ce dernier étaient hypertrophiés et remplis de corpuscules sanguins blancs et rouges, particulièrement le côté gauche du cœur.

M. Wilson fait suivre cette observation de quelques remarques. Pour lui la cause de l'hydramnios réside dans l'appareil circulatoire de l'enfant le plus fort. Chez celui-ci le canal artériel a été oblitéré de très bonne heure. Par suite, il devait y avoir plus de sang chassé dans les conduits artériels du poumon, qui se dilatent et s'hypertrophient. D'où augmentation de la pression dans le ventricule droit, et action sur le système circulatoire général du fœtus.

(Rapportée par Wilson de Baltimore, traduit par De Soyre, *Archives de Tocologie*, 1887).

OBSERVATION II (abrégée).

C. C. Hopkins.

Hydramnios rapide. Avortement provoqué.

Mme X..., âgée de 32 ans; cinquième grossesse. Elle pensait accoucher en janvier prochain. Je la vis le 18 novembre. Elle était aussi grosse qu'au terme de la grossesse. Les pieds enflés; pas d'albumine dans l'urine. Je la vis de nouveau le 9 décembre; son ventre était encore plus gros et elle souffrait tellement que je soupçonnais une surabondance de liquide amniotique: ses amis pensaient à des jumeaux. Le 10 décembre je rompis les membranes; cela donna lieu à quelques difficultés car elles étaient très épaisses. Il s'écoula un flot de liquide comme je n'en avais jamais vu, qui inonda tout. Peu après, un autre flot s'échappa en torrent dans le lit, remplissant deux grands pots de chambre à côté du lit; enfin un troisième flot qui traversa le tapis et plusieurs draps placés sur ce tapis. J'introduisis ma main dans le vagin et en cinq minutes elle pénétra dans l'uté-

rus où je trouvai l'enfant baignant encore dans une suffisante quantité de liquide pour être facilement retourné. Je fis la version podalique et j'entraînai un vrai monstre avec une grosse tête et un corps très développé, mais présentant des vices de conformation des quatre membres ; il pesait dix livres. Le placenta survit sans difficulté, l'utérus se contracta parfaitement ; la femme dit qu'elle avait à peine souffert pendant le travail. Elle se remit très bien.

(Rapportée par Wilson, *loc. cit*).

OBSERVATION III

(Chas. M. Green).

Grossesse gémellaire. Hydramnios. - Avortement provoqué.

Madame X..., âgée de 29 ans. Taille au dessous de la moyenne élancée, mariée à 19 ans, et en dix ans donna naissance à cinq, enfants qui se succédèrent rapidement (1875, 76, 78, 79 et 81).

Tous filles, pesant à la naissance de 8 à 10 livres et quart. Tous les accouchements furent normaux. Elle nourrissait son dernier enfant, quand les règles apparurent et revinrent régulièrement jusqu'au 27 octobre 1882, date de la dernière époque menstruelle. En février 1883, elle crut ressentir les mouvements de l'enfant. L'abdomen avait le volume normal de la fin du huitième mois de la grossesse. Les parois étaient tendues et les veines superficielles bien dessinées ; on n'entendait pas les battements du cœur fœtal, mais le souffle utérin était facilement perceptible. Le ballotement faisait penser à un petit enfant. Le 13 mars, l'abdomen mesurait au niveau de l'ombilic 36 pouces 1/2. Le 19, il mesurait 39 pouces. La distance entre l'appendice xyphoïde et le pubis était de 16 pouces 1/2. Le 21 mars, elle accusa de grandes souffrances, ne trouvant aucune

position pour se reposer, elle n'avait pas dormi depuis plusieurs jours, les narcotiques seuls semblaient émousser sa sensibilité. Elle ne pouvait prendre aucune nourriture solide, elle était épuisée et disait qu'il lui semblait qu'elle allait éclater. Distance entre le cartilage ensiforme et le pubis : 18 pouces. Je décidai alors de provoquer le travail et je passai le nouveau cathéter anglais en gomme élastique avec son stylet aigu tourné vers la pointe. Je rompis les membranes à une distance de sept pouces. Retirant alors le stylet, il s'écoula six quarts de liquide et l'utérus se contractant descendit jusqu'à deux pouces au dessus de l'ombilic. Pas de shock, mais sensation d'un grand soulagement. Les mouvements actifs furent ressentis. Trois quarts d'heure après apparition des contractions qui continuèrent pendant la nuit. La malade se sentait bien et dormit entre les douleurs, il y avait un écoulement constant de liquide.

Le 23, les contractions augmentèrent, et il naquit un enfant mâle, puis une demi heure après un second garçon. Le placenta unique fut expulsé, il pesait une livre et une once, il était de structure normale ; il fut examiné au microscope.

Il y avait un chorion et sans doute il y avait eu deux amnios, mais la paroi intermédiaire était en partie atrophiée ; ce qui restait de ce septum avait la forme d'une faux. Guérison rapide. (Wilson, *loc. cit.*)

OBSERVATION IV

(H. P. C. Wilson et Robert Wilson).

Grossesse gémellaire. Laparotomie exploratrice. Hydramnios.

Avortement provoqué.

Mme P. H. ..., âgée de 31 ans, mariée, mère de six enfants vivants. Cette femme qui supposait être enceinte vint nous trou-

ver le 30 juin 1884. Ventre énormément distendu, depuis un mois elle ne peut se coucher par suite d'une impossibilité de respirer dans la station étendue. Ses pieds, ses jambes et ses cuisses sont tellement œdématiées, que le doigt, en pressant, y laisse une profonde empreinte. Les douleurs déterminées par la distension abdominale et l'œdème du bas des jambes étaient grandes, et la malade était obligée de rester jour et nuit debout pour pouvoir respirer. La percussion de l'abdomen compris entre le pubis et la neuvième côte et entre les deux échancreures iliaques donnait de la matité et de la fluctuation; le changement de position ne modifiait rien dans la matité. Cette femme était si volumineuse et si difficile à mouvoir qu'on ne pouvait s'assurer de tout ce que contenait l'abdomen. Sa santé avant le cinquième mois avait toujours été bonne.

Le foie, le cœur, les poumons et les reins furent examinés. Les seuls points qui donnèrent un son clair à la percussion furent des deux côtés de la colonne vertébrale dans la région lombaire et dans une petite étendue derrière le cartilage ensiforme.

Nous fûmes embarrassés pour établir un diagnostic.

La menstruation avait cessé cinq mois avant; elle avait jusque-là été très régulière; des nausées survinrent, puis tous les autres signes de grossesse; elle se croyait enceinte. Mais elle avait augmenté si rapidement de volume, ce qui ne lui était jamais arrivé, qu'elle et ses amis étaient très anxieux.

D'ailleurs ses souffrances étaient si grandes et son épuisement si complet qu'il fallait intervenir.

D'abord, par les commémoratifs, le souffle placentaire, les battements de cœur fœtal, la coloration bleuâtre de la vulve et du vagin, la grossesse nous parut hors de doute. Mais la tension de l'abdomen et sa dureté empêchaient d'apprécier le volume de l'utérus, et nous penchâmes pour un kyste de l'ovaire avec grossesse ou pour une hydramnios. Nous décidâmes

alors une incision exploratrice abdominale. En cas d'ascite ou de kyste, le liquide serait ainsi enlevé ; en cas d'hydramnios, on fermerait l'ouverture et on romprait les membranes.

Le lendemain, 1^{er} juillet, la malade était exténuée ; extrémités froides, yeux caves, traits tirés, pouls faible et très petit. On la remonta le mieux possible et on opéra. A l'ouverture, il se présenta un corps rouge acajou, semblable à la couleur de l'utérus en gestation : ses parois étaient aussi minces que celles d'un kyste ordinaire de l'ovaire. Après de nombreuses recherches dans l'abdomen pour reconnaître ce corps, après le toucher intra-utérin combiné au palper intra-abdominal, on reconnut que l'on avait affaire à l'utérus gravide avec hydramnios très prononcée. On ferma l'incision, et on rompit de suite les membranes ; il s'écoula une avalanche de liquide, environ sept gallons. Aussitôt réveillée, la malade remercia du grand soulagement qu'on lui avait procuré. A 8 heures du soir, elle expulsa deux fœtus morts. Deux amnios et un seul chorion ; un seul placenta. Le plus gros des deux enfants naquit le premier : sa poche était rompue. Le second enfant fut expulsé dans son œuf intact avec deux pintes de liquide amniotique. Le 20 juillet, la malade quittait l'hôpital totalement rétablie (Wilson, traduit par de Soyre, *loc cit*).

OBSERVATION V

Grossesse de cinq mois ; hydramnios précoce à marche rapide. Avortement gémellaire. Délivrance artificielle.

Le 17 mars 1881, le Dr Maygrier est appelé près de Mme D..., primipare, arrivée au cinquième mois de sa grossesse. Cette femme a remarqué que depuis quelques jours son ventre prenait rapidement un accroissement considérable, et elle a en

même temps ressenti des douleurs continues assez vives dans tout l'abdomen, douleurs évidemment dues à la brusque distension des parois utérine et abdominale.

L'examen révèle, en effet, un utérus énorme étant donné l'époque de la grossesse. La paroi abdominale est lisse et tendue; le fond de l'utérus remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au palper, on perçoit très nettement la sensation de flot, et on fait balloter de petites parties fœtales qui disparaissent sous les doigts. L'auscultation est absolument négative. Le col présente des modifications notables; il est presque effacé, déhiscent, l'orifice externe étant légèrement entr'ouvert; le segment inférieur est tendu et manifestement fluctuant; pas de partie fœtale accessible au toucher.

On porte le diagnostic d'hydramnios précoce à marche aiguë avec menace d'avortement.

A partir du 17 mars au soir, les douleurs s'accroissent et prennent alors le caractère intermittent des contractions utérines. Le col commence à se dilater. Malgré des lavements laudanisés et de chloral, le travail continue. Les douleurs sont de plus en plus aiguës, intolérables. La dilatation ne marche que lentement. Elle n'est complète que dans la nuit du 19 mars, où les membranes se rompent brusquement, laissant s'écouler une énorme quantité de liquide.

Expulsion rapide de deux jumeaux mort-nés, non macérés âgés de cinq mois environ.

La délivrance tarde; au bout d'une heure le placenta n'étant pas décollé, on craint que le col ne se referme et n'emprisonne dans l'utérus un placenta volumineux et on pratique la délivrance artificielle; il y a en quelques points des adhérences peu solides. La masse est unique; il y a deux poches séparées par une cloison purement amniotique.

Plus tard, on a appris que le père avait eu la syphilis (*Archives de tocologie*, page 102, année 1892, Dr Maygrier).

OBSERVATION VI

Professeur Pinard.

Hydropisie de l'amnios. Cinq litres et demi de liquide. Accouchement prématuré.

La nommée D..., Octavie, âgée de 25 ans, cuisinière, entre le 29 août 1886, à 8 heures 1/2 du soir, salle sainte-Anne, n° 25, à l'hôpital Lariboisière.

Père et mère bien portants.

A deux sœurs et trois frères bien portants. Née à Chaumes (Seine-et-Marne) qu'elle a habité jusqu'à l'âge de 18 ans. A marché à neuf mois ; ne se souvient d'aucune maladie dans l'enfance. Réglée à 15 ans ; menstruation régulière, abondante, durant huit jours ; jamais de pertes blanches. A eu les premiers rapports sexuels à vingt ans ; est d'une bonne santé habituelle ; aucune trace de syphilis. Bassin normal.

Première grossesse. Accouchement en février 1882, à sept mois, d'un enfant élevé au biberon, par une nourrice et vivant ; le père de cet enfant est mort d'un accident.

Deuxième grossesse (grossesse actuelle). Le père toussé beaucoup, est très souffrant, a été cinq ans soldat.

La femme a eu ses dernières règles le 15 janvier ; la grossesse a été bonne jusqu'en juillet. La parturiente est devenue très grosse vers la fin du mois de juin ; elle souffre surtout beaucoup du ventre trois semaines avant d'accoucher ; pas de dyspnée, douleurs vives dans les côtés et dans les reins.

Lorsqu'elle arrive à l'hôpital, on constate une distension considérable de l'abdomen ; les premières douleurs ont apparu le

29 août à quatre heures du soir; la dilatation est complète à huit heures $1/2$; on rompt à ce moment la poche des eaux et on recueille cinq litres $1/2$ de liquide amniotique. Les douleurs sont vives et rapprochées; la femme accouche spontanément à neuf heures $1/4$ du soir d'un enfant du sexe masculin, pesant 2200 grammes, mesurant 42 centimètres, et qui meurt quelques instants après avoir respiré. Sommet, OIGA.

La délivrance se fait naturellement à neuf heures $3/4$ du soir; le placenta présente sa face utérine et pèse 1100 grammes. Le cordon est gros. Les membranes sont entières et mesurent $10/35$.

Les suites de couches sont normales. Le maximum de la température est $37^{\circ},8$ le 2 septembre; la femme sort bien portante le 6 septembre.

OBSERVATION VII

Professeur Pinard.

Grossesse gémellaire. Hydropisie de l'amnios de la première poche (cinq litres de liquide mesurés). Accouchement prématuré. Albuminurie.

La nommée Louise G..., âgée de 27 ans, chemisière, entre le 5 octobre 1886, salle Sainte-Anne, n° 19, hôpital Lariboisière.

Père et mère, bien portants, ont eu cinq filles et trois garçons tous bien portants. Pas d'antécédents de grossesse gémellaire, ni dans la famille de la mère, ni dans la famille du père.

Ne sait pas à quel âge elle a marché, mais a toujours bien marché, est d'une bonne constitution et n'a fait aucune maladie.

Réglée à 14 ans, régulièrement, pendant trois ou quatre jours; le bassin est normal.

En 1884, première grossesse, qui ne fut marquée par aucun accident, ni hémorrhagie, ni vomissements.

En novembre 1884, accouchement à terme d'un enfant vivant, venu par le sommet, élevé au sein par la mère et aujourd'hui bien portant.

Grossesse actuelle. Ses dernières règles eurent lieu du 5 au 8 mars 1886. Dès le début de sa grossesse, elle a eu à souffrir de vomissements très répétés et très pénibles. Il y a trois semaines, c'est-à-dire vers cinq mois $1/2$ de sa grossesse elle remarque que son ventre grossit très rapidement. Pas d'œdème des jambes, pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue. Albumine dans les urines.

Le 5 octobre à midi elle perdit sans doute une assez grande quantité d'eau qu'elle évalue à un litre. Elle vint immédiatement à l'hôpital; Mlle Carrier l'examina et trouva un col en voie d'effacement. Le ventre est très volumineux; il est difficile de percevoir nettement les parties fœtales à cause de la distension de l'abdomen; par le toucher on sent à travers le segment inférieur une tête qui ballotte: Mlle Carrier pense qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'une des poches et mort du fœtus contenu dans cette poche, l'autre étant vivant; la seconde poche étant à la partie supérieure on entendait les battements fœtaux au-dessus de l'ombilic. La sage-femme fait recueillir le liquide à la rupture spontanée des membranes qui a lieu à une heure du soir; elle parvient à avoir cinq litres d'un liquide ayant l'odeur caractéristique du liquide amniotique.

A 4 heures du soir les premières douleurs apparaissent; à 6 heures $1/2$ la dilatation est complète. A 6 heures 55 la femme accouche d'un enfant mort (fille) venu par le sommet en occipito-sacrée et pesant 950 grammes.

On rompt artificiellement la seconde poche et à 7 heures 10, accouchement spontané d'un second enfant vivant (fille) venu

par le sommet en O I D P, pesant 1240 grammes, qui mourut trois heures après sa naissance.

La délivrance a lieu naturellement à 7 heures 20. Le placenta présente une masse unique avec circulation commune ; il y a deux cordons, le premier a une insertion vélamenteuse ; il existe deux poches séparées par une cloison formée par deux amnios ; la première poche est très distendue.

Les suites de couches sont normales.

6 octobre. — L'albumine diminue, régime lacté exclusif. T. soir 38°2.

7 octobre. — L'albumine a presque complètement disparu. T. m. 37 ; s. 37°4.

8 octobre. — Plus d'albumine : le matin cependant la Température est de 38° ; la malade se plaint de quelques douleurs dans les seins. Les jours suivants la femme est dans un très bon état et sort le 13 octobre bien portante.

OBSERVATION VIII

Grossesse gémellaire. Hydramnios aiguë. Avortement à 5 mois 1/2. Hémorragie. Délivrance artificielle.

Le 17 mars 1888, à minuit, le Dr Maygrier est appelé près de Mme H..., enceinte pour la deuxième fois, arrivée, dit-elle, au quatrième mois et demi de sa grossesse, perdant du sang et des caillots depuis plusieurs jours, et ayant actuellement une hémorragie plus abondante. Depuis huit à dix jours le ventre a augmenté brusquement et rapidement de volume ; depuis deux jours surtout il a pris un accroissement considérable et de vives douleurs se sont fait sentir. Enfin il y a une montée de lait dans les seins. De plus le père est un syphilitique ancien ; toutefois, le premier enfant est né vivant et à terme.

L'examen dénote un ventre énorme pour quatre ou cinq mois de grossesse. L'utérus a en effet le volume d'un utérus de huit mois. Le palper donne une sensation de flot des plus nettes. En interrogeant minutieusement la femme on acquiert la certitude que les douleurs accusées par elle tiennent principalement à la distension brusque de l'abdomen causée par la production d'une hydramnios aiguë. L'auscultation est nulle.

A l'arrivée de M. Maygrier, l'hémorrhagie est arrêtée. Le toucher vaginal ne révèle aucun début de travail : le col est long et fermé. On ordonna le repos, des calmants (laudanum, chloral) et antisepsie vaginale.

Le diagnostic porté est : grossesse de quatre à cinq mois, hydramnios aiguë, décollement prématuré de l'œuf et mort probable du fœtus, étant donnée la montée du lait. M. Maygrier émet en outre la possibilité d'une grossesse gémellaire, vu l'hydramnios précoce.

Dans la soirée du 18 mars, M. Maygrier est appelé de nouveau en toute hâte dans les conditions suivantes. Mme H... est en travail depuis plusieurs heures ; la dilatation étant presque complète, la poche des eaux s'est rompue spontanément et une quantité très abondante de liquide s'est écoulée. Une hémorrhagie s'est déclarée en même temps. Le Dr L... présent, va à la recherche du fœtus qui se présente par le siège et en fait l'extraction manuelle. Peu après un petit jumeau se présente et est extrait de même. Le sang continuant à couler il cherche à faire la délivrance artificielle. A son arrivée le Dr Maygrier trouve le délivre en partie décollé, l'hémorrhagie persistant. Il introduit assez facilement la main dans l'utérus, et extrait un placenta qui est unique avec ses membranes. La perte cesse ; injections chaudes, alcool, etc., suites normales.

L'examen du fœtus a montré que le début de la grossesse devait remonter à 5 mois 1/2 environ.

(*Archives de Tocologie*, 1892).

OBSERVATION IX

ur un cas d'hydramnios développée pendant les premières semaines de la grossesse.

(Par M. le D^r Bar).

Mme V... a eu ses dernières règles le 26 septembre 1888.

Le début de sa grossesse a été des plus réguliers et a été seulement marqué de nausées et de vomissements, qui se sont répétés quotidiennement jusqu'au 7 décembre.

Jusqu'à ce jour elle était en bonne santé, quand, dans la nuit du dimanche 7 au lundi 8, elle fut subitement prise de douleurs abdominales vives et de métrorrhagie assez intense.

Je vis cette dame le lundi matin et trouvai l'œuf engagé dans l'orifice externe; les contractions utérines se répétaient avec régularité et grande intensité; enfin l'hémorrhagie était assez notable pour que l'avortement me parût inévitable.

Je fis cependant le nécessaire pour entraver sa marche, mais quand j'eus vis la malade le soir, l'hémorrhagie avait cessé, il n'y avait plus de contractions utérines, et en pratiquant le toucher, je trouvai l'œuf dans le vagin; j'en fis l'extraction.

J'ajouterai que Mme V... est une femme très nerveuse, qui fit un avortement de quelques semaines, trois mois après son mariage, qu'elle eut ensuite deux grossesses qui arrivèrent à terme; elle en était donc à sa quatrième grossesse.

Après avoir extrait l'œuf, je l'examinai attentivement. Il était entier, presque complètement recouvert d'une membrane épaisse, la caduque pariétale, dont la face interne lisse était séparée, sauf au niveau de la zone placentaire de la caduque réfléchie, qui était atrophiée; j'ouvris soigneusement l'œuf au niveau de la caduque utéro-placentaire et, après avoir incisé

l'amnios, je vis s'écouler 25 grammes d'un liquide absolument transparent. La cavité de l'amnios était vide. Je pouvais donc penser à l'existence d'un œuf vide. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer de semblables œufs dans l'avortement.

Mais un soigneux examen me fit reconnaître sur la face interne de la membrane amniotique une toute petite masse blanchâtre adhérent à la face interne. L'examen à la loupe et au microscope, avec faible grossissement, m'a fait reconnaître l'embryon, dont je pus voir le renflement céphalique et l'extrémité caudale sur les parties latérales de laquelle se voient deux renflements spatuliformes, vestiges des membres inférieurs. Il était accolé par sa face ventrale contre l'amnios et dans une situation d'extension forcée. La cavité que j'avais ouverte et qui contenait le liquide était bien l'amnios, car l'embryon n'était recouvert d'aucun voile membraneux, ainsi qu'on l'observe quand l'œuf contient une cavité vitelline spacieuse, au milieu de laquelle se trouve l'embryon recouvert de son enveloppe amniotique.

La disposition serait donc ici celle qu'on rencontre dans beaucoup d'œufs réputés vides, mais dans lesquels un examen attentif fait découvrir un embryon extrêmement petit. Mais, dans ces cas, l'œuf semble généralement flétri, ses membranes sont ridées, le liquide est peu abondant, de coloration louche, souvent un peu rougeâtre. Dans ce cas, au contraire, l'œuf paraissait très frais, le liquide amniotique transparent existait en quantité relativement colossale, et on ne peut se refuser en voyant les dimensions respectives si disproportionnées de l'œuf et de l'embryon, à admettre qu'il y avait ici hydramnios.

Puis M. Bar, s'appuyant sur les recherches de MM. Dareste et Panum, sur la production de monstruosité et sur l'hydropisie expérimentale de l'amnios, fait les remarques suivantes :

Il est difficile d'admettre que cet embryon si petit, mais dont la forme est si nettement conservée, était mort depuis bien longtemps, car, certainement, il eût été le siège de phénomènes de désagrégation. Il semble plus rationnel d'admettre qu'il a subi un arrêt de développement en même temps que le liquide amniotique continuait à se développer avec excès. Comme on ne peut supposer que ce petit embryon ait pu produire la quantité de liquide amniotique relativement si considérable qui l'entoure, il ne semble pas irrationnel d'admettre que la même cause ait pu produire ici l'hydramnios et l'arrêt de développement.

En concluant, nous dirons donc :

1° Que l'hydramnios peut exister dès les premières semaines de la grossesse ;

2° Que l'excès de liquide amniotique peut consister avec un arrêt de développement de l'embryon ;

3° Qu'il y aurait lieu de rechercher si à côté de l'hydramnios des derniers mois de la grossesse, il n'existerait pas une hydramnios des premiers mois, due à une déviation dans le développement de l'amnios, et pouvant coïncider avec une déviation dans le développement de l'embryon ; si les faits dans lesquels on trouve des fœtus monstrueux dans des sacs hydramniotiques ne seraient pas des faits de cet ordre dans lesquels les arrêts de développement attaquant le fœtus n'auraient pas entraîné sa mort rapide ;

4° Dans cette observation, les lésions de l'œuf paraissent avoir été la cause de l'interruption de la grossesse.

OBSERVATION X

Dr Nicolas

Hydramnios Ponction. Accouchement prématuré spontané.

Le 12 mars 1889, Mme X..., âgée de 29 ans, entre dans mon service de la maternité à l'hôpital. Elle est envoyée par les médecins de son pays à cause du développement exagéré qu'a pris son ventre pendant la grossesse, et par suite des accidents occasionnés par cette extrême distension.

Nous ne notons rien de particulier dans les antécédents héréditaires de cette dame. Personnellement elle a toujours joui d'une parfaite santé. Elle a été réglée à 16 ans, et depuis très régulièrement. Mariée à 20 ans, elle a eu déjà deux grossesses avant celle-ci, pas de fausses couches, les grossesses ont été normales, sans œdème, les accouchements faciles, sans accidents consécutifs.

La grossesse actuelle remonte à sept mois et demi environ ; les dernières règles ont paru à la fin de juillet. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus par la mère vers le milieu de décembre. Les premiers mois n'ont été marqués par aucun phénomène particulier ; ce n'est que dans la première quinzaine de janvier que le ventre a pris un développement anormal et rapide. A ce moment elle a éprouvé quelques frissons ainsi que des douleurs assez fortes dans le ventre et en ceinture, pas de vomissements ni de céphalalgie, les urines limpides examinées à ce moment ne renfermaient pas d'albumine. Il y a trois semaines l'œdème des membres inférieurs a débuté à la jambe gauche; la droite n'a été prise que quelques jours après. L'insomnie est à peu près complète depuis un mois et demi. L'alimentation a été très difficile et l'amaigrissement s'est prononcé de

plus en plus. Actuellement cette femme se présente à nous assise sur un fauteuil, ne pouvant rester dans le décubitus dorsal, avec un ventre extrêmement proéminent ; les membres inférieurs entièrement envahis par l'œdème, tandis que la portion sus-diaphragmatique du corps est extrêmement amaigrie, la faciès pâle exprime la souffrance. Le pouls, petit, régulier, bat 96 fois par minute ; à l'auscultation du cœur, le premier bruit est un peu sourd et mal frappé. Les poumons sont sains, jamais la malade n'a toussé.

Les urines peu abondantes ne contiennent pas d'albumine.

Le ventre est énorme, la circonférence du corps au niveau le plus saillant mesure 1 m. 46. La saillie antérieure présente la forme d'une tumeur située sur la ligne médiane, ovoïde à grand diamètre vertical. Les parois abdominales sont très tendues, amincies, violacées, œdémateuses. La palpation profonde donne la sensation d'une tumeur lisse, dure, de consistance uniforme, on ne trouve aucune partie fœtale. Sensation de flot très nette comme dans l'ascite. La matité est nettement limitée à la zone occupée par la tumeur, et les régions latérales déclives sont sonores dans le décubitus dorsal. Ce fait élimine l'idée d'ascite. Œdème sus-pubien très accentué, pas d'œdème de la vulve. Les mouvements actifs du fœtus sont faiblement perçus par la mère ; à l'auscultation on ne peut entendre les bruits du cœur de l'enfant.

Le toucher vaginal permet de constater un col volumineux, ramolli à la surface, entr'ouvert, laissant pénétrer la pulpe de l'index. Le ballottement vaginal est extrêmement facile à provoquer, les oscillations du fœtus présentent une grande amplitude au plus léger choc.

Ayant porté le diagnostic de grossesse avec hydramnios considérable, d'autre part étant données l'insomnie, la fatigue, l'insuffisance d'alimentation et les supplications de la malade

qui demande à être délivrée, je me décide à intervenir. Je voulais d'abord, suivant les conseils de Tarnier et de Charpentier, faire une ponction de l'œuf par la voie naturelle du col. Mais après une consultation avec notre collègue le Dr Girard, il fut décidé que nous opèrerions par la paroi abdominale dans l'espoir de voir la grossesse aller à terme. La ponction est faite le 14 mars avec un trocart moyen soigneusement flambé et stérilisé : l'instrument est enfoncé à la partie droite supéro-externe de la tumeur, dont les parois sont extrêmement minces. Le liquide ressemble à celui de l'ascite ; nous en retirons trois litres dont nous donnerons plus loin l'analyse. Le 15 la malade est toujours dans le même état ; la ponction l'a très peu soulagée, insomnie malgré une potion au chloral et à la morphine. Le 16, pas d'amélioration, quelques douleurs dans le ventre. Le col complètement effacé, entr'ouvert, fait prévoir l'accouchement prochain. La tête est fixée au détroit supérieur et ne ballotte plus. En effet, les douleurs se régularisent vers minuit, la poche des eaux se rompt, et il ne s'écoule qu'un litre environ de liquide, la tête fœtale faisant office de tampon.

Mon interne m'envoie chercher à six heures du matin. Je trouve la tête engagée en occipito-iliaque droite antérieure, les fontanelles et les sutures très larges. Malgré des douleurs assez énergiques, la tête reste dans l'excavation. A ce moment, les grandes lèvres deviennent œdémateuses, elles augmentent rapidement de volume sous nos yeux.

Aussi je termine par une application du forceps Tarnier à dix heures du matin ; toutes les précautions antiseptiques sont prises ; la tête vient sans difficulté après de faibles tractions. Au moment de l'introduction des branches, il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique, mais lorsque la dernière portion fœtale a franchi la vulve, je suis inondé par une véritable trombe d'eau, tandis que le ventre s'affaisse subitement. Je

recueille ainsi dans un récipient quatre litres de liquide, et j'estime à deux litres ce qui s'est répandu à terre. Cela fait donc un total d'environ 10 litres, y compris le liquide de la ponction.

Il n'y a pas d'hémorrhagie, la délivrance spontanée a lieu vers six heures du soir. L'enfant n'a pas respiré, bien que l'on ait constaté quelques battements du cœur ; les excitations de toute sorte, les bains chauds, la respiration artificielle n'ont pu le rappeler à la vie. D'ailleurs il présente de l'hydrocéphalie, des pieds bots et des mains botes, une ankylose dans l'articulation des coudes des deux côtés. Enfin il existe nettement un rétrécissement du cordon au niveau de l'ombilic. L'autopsie faite rapidement d'ailleurs, le lendemain, n'a pas décelé d'autres vices de conformation.

Le placenta est volumineux ; sa surface fœtale, ainsi que toute celle de l'amnios, est parsemée de larges taches blanchâtres, laiteuses, analogues à celles des péricardites anciennes.

Le cordon volumineux présentait, outre le rétrécissement ombilical, une diminution progressive au niveau de l'insertion placentaire : au moment de la ligature, la gélatine de Wharton était fortement infiltrée de sérosité.

Un phénomène dont je n'ai pas encore parlé a frappé mon attention pendant l'accouchement : je ne l'avais pas constaté lors du premier examen. Il est peut-être consécutif à la ponction ; c'est, à la palpation du ventre, en cherchant à déprimer les parois abdominales, une sensation de frottement, de frémissement, perçue par la main, et qui semble indiquer une sécheresse et une rugosité des feuillets du péritoine. Ce frottement a persisté pendant une huitaine de jours après l'accouchement. Les suites de couches ont été fort simples, la température n'est jamais montée à 38, le ventre est resté légèrement sensible pendant quelques jours ; les parois en sont extrêmement relâchées. L'œdème a disparu progressivement de haut en bas, en même temps

qu'il survenait une diurèse abondante. Le sommeil est revenu dès le premier jour ainsi qu'un appétit très vif, et lorsque j'ai quitté le service, le 31 mars, il ne restait qu'un très léger œdème des malléoles, et la malade commençait à tourmenter pour se lever.

Suit l'analyse chimique du liquide amniotique.

(Dr Nicolas, *Dauphiné médical*, avril 1889).

OBSERVATION XI

Phocas.

Grossesse gémellaire. Hydramnios. Ponction. Guérison.

Le 4 octobre 1889, je fus appelé près de Madame X... Antécédents pathologiques nuls; trois grossesses antérieures menées à terme; le dernier enfant est âgé de dix mois. Depuis sa dernière couche elle n'a eu qu'une fois ses règles, il y a environ huit mois. Quelques mois après elle éprouva les mêmes troubles qu'au moment d'une grossesse.

A quatre mois de cette prétendue grossesse elle a senti remuer l'enfant. Tout allait bien quand, il y a un mois environ, vers le milieu de septembre, son ventre qui n'était que médiocrement distendu, s'est mis tout d'un coup à enfler. En quinze jours il a pris de grandes proportions; les jambes ont gonflé et la respiration devint par moments difficile. Justement inquiétée par ces symptômes insolites elle appela un médecin, qui, après l'avoir traitée de son mieux, la fit entrer à Lariboisière, où elle ne resta que quelques jours.

Jé la vis le 4 octobre au soir. Il s'agit d'une femme maigre; les traits sont tirés, les cheveux blanchis, la respiration difficile; les jambes sont enflées. L'abdomen est énormément distendu. Il est proéminent en avant avec une certaine dépression

au niveau des flancs. Il paraît aussi plus développé à droite qu'à gauche. La peau est distendue; elle est parcourue par quelques veines dans la région sus-ombilicale. L'ombilic n'est pas déplié; la distance qui le sépare du pubis est plus grande que celle qui le sépare de l'appendice xyphoïde; enfin, une ligne brunâtre se dessine de l'ombilic au pubis.

A la palpation, on sent une tumeur tendue, qui s'étend jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde à deux travers de doigt au-dessous de cet appendice. Mais on ne peut coiffer avec le bord cubital de la main l'extrémité supérieure de cette tumeur à cause de la distension de la peau. La consistance de cette tumeur est uniforme; elle est légèrement dépressible. Mais on n'arrive pas à sentir de parties fœtales. La fluctuation existe; on a une sensation de flot si bien transmissible d'un point à un autre de la paroi abdominale qu'on croirait à une véritable ascite.

A la percussion, l'abdomen est mat. Cette matité arrive jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. A ce niveau elle est remplacée par la sonorité normale. Elle se termine suivant une ligne courbe à convexité supérieure et disparaît de chaque côté au niveau des flancs. Elle se maintient dans ces limites, malgré les changements de position de la malade.

A l'auscultation on ne trouve rien qui ressemble à des battements fœtaux ou à un souffle.

Par le toucher vaginal, nous arrivons sur le col qui est élevé, et fait important, mou et entr'ouvert. Le bout de l'indicateur pénètre dans l'orifice externe. Pas de ballotement. Une dépendance paraît exister entre la tumeur et la matrice et les mouvements imprimés à l'une paraissent se transmettre un peu à l'autre.

Diagnostic. — J'éliminai rapidement l'ascite, pour conclure à

l'existence d'une tumeur enkystée et liquide. Trois hypothèses ont alors germé dans mon esprit : ou kyste de l'ovaire simple, ou kyste ovarique compliquant une grossesse, ou hydramnios.

J'avoue que malgré l'histoire de la malade et les signes du toucher, malgré cette fluctuation embarrassante à force d'être superficielle, l'idée du kyste me parut plus probable, l'hydramnios étant une affection bien rare.

La ponction vint démontrer l'existence d'une hydramnios.

Cette ponction était absolument indiquée ; les troubles respiratoires, le gonflement des jambes, la faiblesse de la malade, tout cela dictait une intervention rapide. Le seul moyen de soulager immédiatement cette femme était de pratiquer une ponction évacuatrice.

Après les précautions d'usage, j'ai choisi un endroit de l'abdomen situé au-dessous de l'ombilic, à deux travers de doigt sur la ligne oblique qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, et j'y enfonçai le trocart de l'appareil Dieulafoy. Après avoir retiré la pointe, je vis baver un peu de liquide ; rapidement j'y ajoutai l'appareil aspirateur et je pompai. Mais j'avais fait une *ponction blanche*. Ma main gauche placée près de la canule a senti à ce moment une dureté, à laquelle je n'attachai pas l'importance qu'elle méritait. Je déplaçai la canule, la dirigeant un peu dans tous les sens ; j'attendis deux ou trois minutes, ce fut en vain. Je retirai la canule, appliquai un peu de collodion sur la plaie du trocart et examinai de nouveau le ventre. Il y avait fluctuation évidente ; je décidai une nouvelle ponction.

Cette fois, je la pratiquai près de la ligne médiane, et à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le liquide coula aussitôt ; mais de temps en temps son écoulement se ralentissait et s'interrompait même complètement. Au moment de ces inter-

ruptions, la main posée sur l'abdomen recevait l'impression d'un corps qui durcit peu à peu et arrive au maximum de dureté au moment où le liquide cesse de couler. La cessation de la dureté et du gonflement coïncidait avec la réapparition abondante du liquide, indépendamment de tout appel par le vide. Je rapprochai ce fait singulier de la ponction blanche de tout à l'heure qui, elle aussi, avait coïncidé avec une dureté de l'abdomen. Du reste ce durcissement s'est manifesté finalement à la vue sous forme de gonflement appréciable et limité. Il n'y avait plus à douter. L'utérus seul pouvait être le siège de pareilles contractions. J'évacuai quatre litres environ de liquide et laissai le reste. La malade s'est trouvée très soulagée ; néanmoins j'insistai pour lui faire garder le lit trois jours. Les jambes ont diminué rapidement de volume, le quatrième jour la malade s'est levée. Je l'ai vue par la suite de temps en temps ; elle est totalement soulagée, le ventre a beaucoup diminué, l'appétit est revenu ainsi que les forces.

Suit l'analyse du liquide.

P. S. — Le 12 novembre au soir, Mme X... mit au monde deux enfants du sexe masculin, l'un vivant, l'autre mort depuis quelque temps.

Annales de Gynécologie, 1890.

OBSERVATION XII

Grossesse gémellaire et hydramnios aiguë.

M. S. Remy, professeur agrégé.

Mad. H..., nonipare, a eut toutes ses autres grossesses normales, et les accouchements réguliers.

Elle eut ses dernières règles au commencement de janvier

1890. Elle perdit cependant un peu de sang pendant deux jours à la fin de janvier : ses règles duraient habituellement quatre jours. A trois mois de grossesse une sage-femme qui la vit, trouva l'utérus développé comme il l'est à cet âge de la gestation.

A cinq mois la sage-femme trouva l'utérus très développé et pensa à une hydramnios. La gêne allait toujours en augmentant, la femme ne pouvait plus travailler, restait au lit ou sur un fauteuil ; les douleurs étaient vives surtout dans la corne droite.

Dans la première quinzaine de juillet l'utérus augmenta rapidement de volume, il se fit une poussée aiguë d'hydramnios ; le 15, les jambes s'œdématisèrent, le 16, je fus prié de voir cette femme.

Elle est très maigre et souffre beaucoup du côté du ventre. L'utérus est excessivement développé, formant une grosse tumeur sphérique tendue et fluctuante. Il semble qu'il a acquis tout le développement possible. La femme sent remuer, mais la palpation ne fait rien reconnaître. Le toucher me permet de constater une tête mobile.

J'annonce que si le travail ne se déclare pas, une intervention sera nécessaire.

Je revois la femme le 21 juillet. Le volume de l'utérus a encore augmenté ; la femme croit que son ventre va éclater, elle se plaint de douleurs intermittentes dans les reins et vers la région sus-pubienne, l'utérus semble plus dur au moment de la douleur ; il y a de l'œdème.

Par le toucher, je trouve le col représenté par un bourrelet, les orifices ouverts. Je sens les membranes *qui ne sont point tendues*, et se laissent assez déprimer pour permettre de sentir une tête petite, mobile, mais qui ne fuit pas devant le doigt qui lui imprime un mouvement. Ce fait contraste avec l'état

de tension présenté par le globe utérin. J'en conclus qu'il y a deux œufs, l'un, situé à la partie inférieure, dont les membranes restent souples et qui renferme peu de liquide, et un autre œuf, hydropique, qui distend l'utérus et qui renferme un fœtus que la femme sent remuer à la partie supérieure droite de l'utérus. J'estime que la femme est en travail et je donne des ordres en conséquence.

A 9 heures du soir, la dilatation atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs; à 10 h. 1/2, d'une pièce de 5 francs. A 11 heures, la parturiente perd tout à coup une quantité d'eau qu'on évalue à 10 litres. Un enfant s'engage par l'épaule, et comme il est petit, on n'y touche pas; il se dégage vers minuit.

Un second enfant se présente par la tête accompagnée d'un pied; son expulsion demande environ un quart d'heure; la sage-femme donna un peu de seigle à ce moment. Les deux enfants, du volume de fœtus de cinq mois environ, naquirent vivants mais moururent peu de temps après.

Délivrance artificielle. Placenta unique, plus pâle que d'habitude. Tendance à l'hémorrhagie combattue avec frictions et seigle ergoté.

Le placenta est divisé en deux portions inégales par une cloison composée de deux feuillets amniotiques. La portion la plus étroite reçoit un cordon bien constitué, inséré régulièrement près de la cloison de séparation, et dont les vaisseaux courent aussi sur la face placentaire de l'autre œuf.

Quant au second cordon, il formait une insertion vélamenteuse sur les membranes. Il n'y avait qu'un seul chorion.

En résumé, il y avait deux poches, l'une hydropique, l'autre peut-être pas (vu la flaccidité des membranes au moment de l'exploration); les deux œufs se seront rompus au même moment.

Le matin suivant, la femme a expulsé un gros caillot.

Le 22 juillet, lendemain de l'accouchement, je trouve beaucoup de fièvre; je fais une injection intra-utérine par précaution et donne 1 gr. 50 d'antipyrine; depuis, la parturiente va très bien et se remet complètement (*Archives de Tocologie*, 1892).

OBSERVATION XIII

Professeur Pinard.

Hydramnios. Fœtus mort et macéré. Syphilis. Accouchement prématuré.

La nommée Louise C..., primipare, entre à la Clinique Baude-locque le 16 mai 1891.

Les antécédents héréditaires sont sans intérêt. Comme antécédents personnels, nous notons qu'elle a marché tard, que depuis elle a bien marché et qu'elle a été réglée à 12 ans $1/2$ et depuis toujours régulièrement. Elle n'a jamais joui d'une bonne santé; elle a eu la gourme, la fièvre typhoïde, deux pneumonies, dont une au quatrième mois de sa grossesse. Elle raconte qu'il y a dix mois, en juillet, elle a eu une grosseur à l'aîne du côté droit, suivie d'une éruption qu'un médecin traita par des pilules (?).

La dernière apparition des règles date du 25 septembre 1890. Elle a perçu les mouvements actifs à quatre mois et demi.

A son entrée, nous ne voyons ni œdème, ni varices. La femme nous raconte que les mouvements actifs ont disparu en avril, et que depuis cette époque son ventre a augmenté rapidement de volume, est devenu douloureux et qu'elle éprouvait un malaise général.

En effet, l'abdomen est développé comme si l'utérus contenait un fœtus à terme et la grossesse n'est arrivée qu'à son septième mois et demi.

Le travail commence le 16 mai à 4 heures du soir; à 10 heures, la dilatation est comme 5 francs; elle est complète le 17 mai à midi 1/4; on rompt les membranes à midi 1/2; le liquide s'écoule très abondant, l'expulsion a lieu à 1 h. 5 en O. P.

L'extraction simple du placenta a eu lieu à 2 h. 5; il se présentait par sa face fœtale.

La durée de la période d'expulsion a donc été de 50 minutes et la durée totale du travail de 21 heures.

Le fœtus du sexe féminin, mort et macéré, pesait 2,310 grammes, et mesurait 45 centimètres.

Le placenta pesait 570 grammes.

Ce poids est énorme par rapport au poids du placenta et nous fait supposer la syphilis.

Le cordon long de 58 centimètres est de volume moyen, mais il est infiltré.

OBSERVATION XIV

Professeur Pinard.

Hydropisie de l'amnios. Accouchement prématuré. Malformations ;
exencéphalie, chypsencéphalie, exomphale.

La nommée Emma G..., âgée de 21 ans, entre à la clinique Baudelocque, le 29 novembre 1891, à 11 heures du soir.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Elle a toujours bien marché; elle a été réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Elle a eu la fièvre muqueuse à 18 ans.

Cette femme, qui est primipare, a eu ses dernières règles le 20 avril 1891.

A l'examen général on ne trouve rien d'anormal; rien du côté du cœur; ni œdème, ni varices; aucune trace, aucun symptôme pouvant faire penser à la syphilis. A l'examen obstétrical, les

seins bien conformés offrent un réseau veineux superficiel et laissent sourdre du colostrum. L'utérus est très développé ; sa hauteur est de 30 centimètres et la grossesse n'est qu'à son septième mois.

Cette femme raconte que depuis un mois le ventre a grossi très rapidement. Depuis quatre jours elle a des douleurs très fortes survenant toutes les dix minutes et depuis ce temps elle perd par intermittences un liquide jaunâtre. L'utérus forme une tumeur dure, élastique, régulière, inclinée à droite. La palpation est impossible. Pas de sensation de flot. Nulle part on ne sent de petites parties. Foyer d'auscultation très limité sur le milieu de la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Depuis huit jours cette femme sent à peine les mouvements du fœtus. Le col est effacé, la dilatation est à peine commencée ; à travers l'orifice on sent la poche des eaux : les membranes sont dures et tendues.

Le travail a débuté le 29 novembre à 8 heures du soir ; la dilatation a commencé à 11 heures du soir pour être complète, le 30 novembre, à 9 heures du matin, une heure après la rupture spontanée des membranes. Le liquide amniotique qui s'est écoulé était de couleur rosée et peut être évalué à quatre litres et demi ou cinq litres. A 9 heures on n'entend plus les bruits fœtaux et Mlle Roze attire à la vulve le membre inférieur droit. A 10 h. 1/4, M. le professeur Pinard pratique l'extraction d'un fœtus qui présente les particularités suivantes : Exencéphalie, chypsencéphalie, exomphale du volume d'un œuf. La quantité de sang perdu avant l'expulsion et depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance a été nulle.

La durée totale du travail a été de 26 heures. On a pratiqué l'extraction du placenta à 2 h. 20 ; la quantité de sang perdu pendant la délivrance a été très petite. L'engagement du placenta s'est fait en partie longtemps avant l'extraction ; aux bords des

membranes on a constaté un gros caillôt assez adhérent.

Le fœtus, du sexe féminin, pesait 840 grammes; il est au Musée de la Clinique Baudelocque.

Le placenta pesait 310 grammes, et n'offrait aucune altération. Le cordon, d'un très petit volume, avait une longueur de 0.24 centimètres.

La mère n'a jamais eu de température et est sortie le 10 décembre 1891.

OBSERVATION XV

Hydramnios. Rupture artificielle des membranes. Décollement prématuré du placenta.

(Par M. Bernheim, ancien interne des hôpitaux. Société Obst. et Gynéc., mai 1893).

Une femme H..., couturière, âgée de 31 ans, entre à la Maternité de Lariboisière, le 16 janvier 1893, à dix heures du matin. On ne relève chez elle aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel à noter. Elle a eu quatre grossesses et quatre enfants nés à terme dont un seul est vivant actuellement. Le décès des trois autres enfants est peut-être attribuable à une syphilis latente chez elle ou chez le mari, hypothèse qui concorde assez avec la complication que présente sa grossesse actuelle.

Dernières règles à la fin du mois d'avril; elle est donc dans son neuvième mois. La grossesse n'a rien présenté de particulier, si ce n'est que le ventre a pris depuis un certain temps un développement considérable et rapide. Le diagnostic d'hydramnios s'impose à l'examen clinique. La quantité de liquide est jugée très abondante; le fœtus est très mobile; pas de présentation.

La femme est en douleurs depuis 9 heures du matin. A son

entrée dans le service, vers 10 heures, on trouve un col effacé sans dilatation. Le placenta pesait 450 grammes, sans altération apparente.

Suites de couches normales ; la femme a quitté l'hôpital le septième jour encore un peu anémiée.

Le fait saillant de cette observation est le décollement prématuré du placenta consécutif à la rupture des membranes. Dans les livres classiques cette complication n'est pas signalée et j'ignore si elle est fréquente.

On comprend fort bien qu'après l'écoulement de cinq litres de liquide amniotique, l'utérus, revenant sur lui-même, le placenta qui ne peut suivre ce mouvement de rétraction, rompe ses adhérences d'avec la surface utérine, fait normal au premier temps de la délivrance.

Cette observation, en même temps qu'elle fournit un argument en faveur de la théorie classique de la délivrance, comporte peut-être aussi l'indication pratique d'être réservé dans les cas d'hydramnios pour rompre les membranes de bonne heure, si l'on ne veut pas s'exposer à provoquer le décollement du placenta et à tuer l'enfant.

Les douleurs continuent, peu intenses, et à 4 heures du soir, la dilatation offre à peine un diamètre de 6 centimètres.

Pour activer le travail et surtout dans la crainte que la rupture des membranes, tendues même dans l'intervalle des contractions, se fasse alors que le fœtus présenterait au détroit supérieur une partie anormale et aussi pour éviter la proci-dence du cordon si fréquente dans l'écoulement brusque d'une grande quantité de liquide, on rompt artificiellement les membranes à 4 heures. On prend toutes les précautions pour que le liquide s'écoule lentement. On recueille ainsi cinq litres le liquide amniotique.

Les douleurs augmentent d'intensité. A 8 heures du soir la femme perd du sang en assez grande quantité, on fait une injection chaude et l'hémorrhagie s'arrête. A 9 heures nouvelle hémorrhagie; on n'entend plus les bruits du cœur de l'enfant : on fait le diagnostic de décollement du placenta. La femme accouche à 9 heures 1/2 d'un enfant qui meurt après quelques inspirations. Il pesait 2550 grammes et était d'une pâleur cadavérique. La sortie de l'enfant s'accompagne de l'écoulement d'une notable quantité de sang liquide et est suivie de l'expulsion immédiate du placenta et de 700 grammes de caillots.

OBSERVATION XVI

Professeur Pinard

Hydramnios aiguë. Avortement de quatre mois et demi.

La nommée Virginie G..., âgée de 34 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 4 avril 1893.

Les antécédents héréditaires sont sans intérêt; comme antécédents personnels nous notons qu'elle est, depuis l'âge de 16 ans, sujette à des migraines assez fréquentes. Sextipare, ses cinq accouchements antérieurs ont eu lieu spontanément et à terme; le même père est l'auteur de toutes ses grossesses. De ses cinq enfants trois sont vivants actuellement; deux sont morts, le premier à vingt-et-un mois, de diphtérie; le second est mort à cinq semaines en nourrice.

Elle a eu ses dernières règles du 25 au 30 novembre 1892; il y a à peine quinze jours qu'elle a commencé à percevoir les mouvements actifs du fœtus; la hauteur de l'utérus est de 29c.

Au mois de février elle a commencé à souffrir de douleurs dans les côtés. Le mercredi 29 mars, elle a été prise de douleurs

très violentes dans les cuisses, dans les reins, et dans la partie inférieure de l'abdomen, douleurs continues, avec sensations de pesanteur augmentées par le moindre mouvement et pendant la miction. La pression des draps même est intolérable; le palpe même superficiel exagère ces douleurs, qui surviennent par accès et surtout dans l'après-midi.

A l'inspection, le ventre est volumineux, les parois abdominales lisses, tendues, d'une coloration blanchâtre, sur laquelle font saillie des veines bleuâtres se dessinant au-dessous de l'ombilic; vergeture à la partie inférieure de l'abdomen, varices légères des membres inférieurs. L'enfant se présente par le siège en G T; à l'auscultation le foyer est à gauche et au dessous de l'ombilic.

Le 4 avril on fait une injection de morphine d'une demi-séringue pour calmer les douleurs; le 5 avril, deux injections.

Le 6 avril, le malade émet 650 grammes d'urine, sans albumine; elle a plusieurs garde-robes. On lui fait encore des injections de morphine pour calmer ses douleurs violentes et incessantes depuis son entrée dans le service.

Dans la journée du 6 au 7 avril le ventre a considérablement augmenté; du 6 au 7 avril, urine 740 grammes.

Le 7 avril à huit heures du matin, début du travail; la dilatation est complète à dix heures un quart; comme il s'écoule par la vulve une quantité de sang assez considérable on rompt les membranes; il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique teinté de sang (1,500 grammes), et à dix heures et demie le fœtus est expulsé. Il sort encore une grande quantité de liquide amniotique que l'on ne peut recueillir.

Le placenta est expulsé spontanément pendant l'injection vaginale qui a suivi l'expulsion du fœtus, environ deux minutes après l'accouchement.

L'enfant est mort après avoir fait quelques inspirations ; il pesait 750 grammes, et mesurait 33 centimètres.

Le placenta ovalaire pesait 300 grammes, les membranes étaient complètes, 36/5.

Le cordon de volume ordinaire, d'insertion centrale, mesurait 31 centimètres.

A son entrée le 4 avril, cette femme avait 38°,4, et la température n'est devenue normale que le cinquième jour après son accouchement.

Voici, d'ailleurs, sa courbe :

Le 4 avril, soir, 38°,4.

Le 5 avril, m. 37°,3, s. 38°,1.

Le 6 avril, m. 37°,7, s. 38°,4.

Le 7 avril, m. 38°,5, avant l'accouchement ; s. 38°,4.

Le 8 avril, m. 38°,5, avortement, s. 38°,5.

Le 9 avril, m. 38°, s. 38°,3.

Le 10 avril, m. 38°,6, s. 39°,2.

Le 11 avril, m. 38°,6, s. 38°,6.

Le 12 avril, m. 37°,1, s. 37°,6.

A dater de ce jour, la température fut normale et la femme sortit en bon état le 2 mai 1893.

OBSERVATION XVIII

Dr Dupuy.

Grossesse gémellaire. Hydramnios aiguë. Rupture des membranes.

Accouchement avant terme d'un monstre acéphale.

La nommée A..., âgée de 33 ans, entre le 22 avril 1893 à la Maternité de l'hôpital de Saint-Denis. Elle dit n'avoir jamais été malade sauf peut-être dans son enfance.

Réglée à l'âge de 16 ans, et depuis toujours régulièrement, elle a déjà eu neuf grossesses antérieures, la première à l'âge de 19 ans. Les trois premières grossesses se sont terminées à sept mois de gestation : les enfants n'ont vécu qu'une ou deux heures. Le travail ne dura que 3 ou 4 heures. A cette époque, elle travaillait dans une fabrique de laine toujours debout devant une table. Les six autres grossesses ont été normales, ainsi que les accouchements ; mais elle n'a actuellement que trois enfants vivants ; les autres sont morts à l'âge de trois mois, de quatre mois et de deux ans. De ses enfants vivants l'ainé a 11 ans, le deuxième a 7 ans 1/2 et le dernier a 14 mois. C'est le même père pour toutes ses grossesses. Elle fait actuellement un travail très pénible qui consiste à rester presque toujours debout, pour laver, le ventre appuyé contre une table. Depuis son dernier accouchement qui date de quatorze mois, elle n'a eu qu'une seule fois ses règles ; elle ne peut en préciser la date, mais elle se croit enceinte de sept mois. Son mari l'a abandonnée subitement il y a cinq ou six mois ; elle en a conçu un vif chagrin quoiqu'elle eut beaucoup à souffrir avec lui, et depuis son départ, elle a eu à subir beaucoup de privations,

Au début de sa grossesse, comme d'ailleurs à toutes ses grossesses antérieures, elle a eu quelques vomissements qui ont cessé spontanément. Elle affirme n'avoir jamais de céphalée, ni de maux de gorges ; elle n'a point eu d'éruption, ni de perte de cheveux ; aucun stigmaté de syphilis. Pas de palpitations, pas de syncope ; mais elle dit que, sans être malade, elle est habituellement très faible.

A son arrivée, 22 avril, son ventre est très volumineux. Elle affirme qu'il a commencé à augmenter démesurément de volume depuis quinze à dix-huit jours, c'est-à-dire dans les premiers jours du mois d'avril. A cette époque, un soir après dîner, sans cause reconnue, alors qu'elle était très fatiguée, elle

a éprouvé un malaise général et elle a eu de la fièvre. Depuis, elle avait perdu tout appétit et était restée courbaturée. Elle a remarqué qu'elle urinait beaucoup moins qu'auparavant et qu'elle a beaucoup maigri. En outre, elle se plaignait sans cesse d'une douleur vive dans l'hypochondre droit. A son arrivée, il lui semble que son abdomen augmente encore de volume.

Le 23, le pouls de la malade est très rapide ; T. 37°,8 ; pas d'albumine ; pas d'œdème, ni aux membres inférieurs, ni à la région sus-pubienne, ni aux organes génitaux. L'abdomen est uniformément et considérablement distendu ; il arrive jusqu'à l'appendice xyphoïde, rendant ainsi la respiration très pénible ; la circulation est très apparente ; la peau tendue, lisse et luisante ; il est très difficile d'apercevoir les vergetures anciennes.

On perçoit nettement le souffle utérin, mais on ne peut entendre les battements du cœur, pourtant la femme affirme qu'elle sent remuer.

En raison de la tension abdominale, la palpation est très difficile, elle est d'ailleurs passablement douloureuse. On arrive avec peine à percevoir au niveau de l'épigastre la sensation d'une masse résistante dont on ne peut délimiter les contours.

On éprouve à la percussion une sensation nette de flot. Il y a de la sonorité sur les régions latérales et postérieures ; la matité existe partout ailleurs. En faisant changer la malade de position, ces symptômes restent les mêmes.

A un certain moment, l'attention est éveillée par un signe important. Pendant la palpation, on sent le ventre qui change de consistance et devient dur ; en même temps, il devient globuleux. M. le Dr Dupuy sait alors qu'il a affaire à une collection liquide de l'utérus et en raison des symptômes diagnostique une hydramnios aiguë.

Par le toucher, on sent que le col est ramolli et qu'il com

mence très légèrement à s'entr'ouvrir, mais on ne sent aucune partie fœtale. Pas de ballottement.

Le 25 avril. — Le col est un peu plus dilaté. Jusqu'à son entrée, la malade ne se plaignait que de sa douleur dans l'hypochondre droit; mais, peu à peu, le liquide augmentant toujours, cette douleur s'est irradiée à tout l'abdomen et est devenue intolérable. La malade n'a presque pas dormi depuis son arrivée, elle est très agitée, ses traits sont altérés, son faciès émacié, elle est en proie à une dyspnée continue, de plus en plus forte; elle ne sait quelle position prendre dans son lit pour pouvoir respirer et se reposer; enfin, elle demande instamment un soulagement à ses souffrances.

En présence de ces symptômes alarmants si rapidement survenus, M. le Dr Dupuy rompit les membranes avec le doigt le 6 mai à 10 heures du matin. Il s'écoula treize litres d'un liquide de couleur citrine; il en modéra l'écoulement avec la main appliquée à la vulve. La femme éprouva aussitôt un soulagement considérable.

Elle passa la journée calme et reposée, ressentant seulement par moments quelques douleurs utérines peu prononcées et très éloignées.

Pourtant, la température, qui depuis douze jours était normale, montait le soir à 38°,6. Enfin, à onze heures du soir, elle eut trois douleurs expulsives très rapprochées, elle perdit de nouveau une légère quantité de liquide et elle accoucha d'un enfant mort-né du sexe féminin. Quinze minutes plus tard, le placenta sortit spontanément. Mais les membranes tenant d'un côté au placenta restaient fixées dans la cavité utérine et, quelques minutes après on vit deux membres inférieurs apparaître à la vulve. Ce second fœtus fut vite expulsé, toute la moitié supérieure du corps enveloppée dans les membranes. A leur

section, on reconnaît un monstre acéphale phocomèle de conformation féminine.

Entre l'expulsion des deux fœtus, il n'y eut pas de perte de liquide amniotique.

Le cordon reliant le placenta au premier fœtus bien constitué paraissait normal.

Le cordon devant relier le placenta au fœtus monstre était sectionné à 2 centimètres environ de l'ombilic; la surface de section était bien cicatrisée.

Les jours suivants la température oscilla entre 38° et 38°5; on fit des injections vaginales fréquentes; les lochies ne furent jamais fétides. La température ne descendant pas, on fit plusieurs injections intra-utérines au cours desquelles la malade eut plusieurs frissons.

La nuit du 13 au 14 mai, de larges papules, aplaties, blanches, entourées d'une teinte rougeâtre, apparurent sur tout le corps et particulièrement sur les bras et les jambes en causant une assez vive démangeaison. En même temps la malade éprouvait une grande fatigue avec agitation et mal de gorge. La face était œdématiée; le 17 tout avait disparu.

Elle ne prenait aucun médicament; mais seulement des injections au sublimé à 0,25 p. 1000.

Le 21 mai, sans cause connue, T. 40°,2, céphalée. On refait des injections intra-utérines, on donne un gramme de sulfate de quinine et le 24 mai la température redevenait normale jusqu'à la sortie de la femme qui s'en alla bien rétablie le 4 juin.

Poids du placenta 1 kilogr. 052 grammes.

Premier enfant bien constitué.

Poids..... 1 kil. 480

Longueur..... 0,35

Circonf. thorax.. 0,21

Long. du cordon. 0,60

Monstre

Poids..... 813 gr.

Longueur..... 0,26 c.

Circonf. thorax.... 0,28

Long. du cordon... 0,25 c.

Les 2 bouts ajoutés. 0,10 c.

OBSERVATION XVIII

Professeur Pinard.

Hydramnios. Présentation du siège. Hydrocéphalée. Accouchement provoqué.

La nommée Constance V... âgée de 30 ans, journalière, entre à la clinique Baudelocque le 30 octobre 1893.

Son père est mort tuberculeux et sa mère est morte d'un cancer utérin.

Elle a toujours bien marché, elle a eu la rougeole dans son enfance et a été réglée à 20 ans.

Elle a déjà eu sept grossesses, toutes normales ; de ses sept enfants, quatre sont vivants et trois sont morts, un de la scarlatine, un autre de faiblesse congénitale à deux mois 1/2 et le troisième de cholérine.

Elle a eu ses dernières règles du 10 au 13 février ; elle a perçu les mouvements actifs en juillet. Elle est donc enceinte, à son entrée dans le service, de huit mois environ.

A l'examen général, fait à ce moment, on ne trouve aucun vestige de syphilis ; il n'y a à noter que des varices aux membres inférieurs. Le ventre et l'utérus sont normalement développés ; les parois sont très tendues ; le fœtus se présente par le sommet en DT ; l'auscultation fait entendre un foyer à droite au-dessus de l'ombilic.

Le liquide amniotique est abondant et le fœtus très mobile. Pas d'albumine.

Le 24 novembre M. le professeur Pinard fait le diagnostic d'hydro-macrocéphalie ; le liquide amniotique continue à augmenter.

Les jours suivants le malaise de la femme s'accroît, et les 3 et 4 décembre des phénomènes graves apparaissent brusquement : agitation, oppression considérable, dyspnée, syncopes. En raison de ces symptômes alarmants, et de la grande quantité de liquide on rompt les membranes le 4 décembre à onze heures et demie du matin. Il s'écoule près de 4000 grammes de liquide amniotique.

Le 6 décembre, à 8 heures du soir, la dilatation est comme 2 francs ; elle est complète à minuit et demi le 7 décembre : le fœtus se présente en sacro-gauche transversale.

La femme est chloroformisée. A 1 heure, M. le professeur Pinard pose un lac sur le pli inguinal antérieur, et fait quelques tractions. Bientôt le siège est hors la vulve ; on dégage la jambe antérieure la première (jambe gauche).

Lorsque le tronc est au dehors jusqu'à l'ombilic, l'utérus mesure encore 28 centimètres. On dégage le bras droit, puis on fait une incision à la partie moyenne de la région dorsale et il s'écoule 2.150 grammes de liquide.

A 1 h. 18, extraction de la tête.

L'extraction simple du placenta eut lieu à une heure et demie.

Le fœtus masculin mort-né pesait 3110 grammes sans le liquide céphalo-rachidien.

Le placenta pesait 520 grammes.

Le cordon de volume normal mesurait 32 centimètres et avait un circulaire.

OBSERVATION XIX

Professeur Pinard.

Hydramnios à marche rapide. Syphilis.

La nommée Elisa J., couturière, âgée de 28 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 7 janvier 1894.

Ses antécédents héréditaires sont nuls; elle a marché à 18 mois; elle a été réglée à 12 ans 1/2, et depuis toujours régulièrement.

Elle raconte qu'il y a trois mois, elle a eu des maux de gorge et a perdu ses cheveux.

Actuellement, on constate chez elle des adénopathies inguinales, cervicales, sous-maxillaires, de la roséole aux cuisses, aux jambes et au ventre; des papules pigmentées aux jambes, des exostoses cubitales. Elle sait que le père de son enfant est syphilitique.

Cette femme, primipare, a eu ses dernières règles du 10 au 15 avril 1893; elle ne peut pas préciser la date de l'apparition des mouvements actifs. Mais elle insiste sur ce fait que depuis le 25 décembre, c'est-à-dire depuis treize jours, son ventre a subi un développement rapide, en même temps qu'elle éprouvait un malaise général.

A son arrivée, le 7 janvier, à 1 heure du soir, on lui trouve de l'œdème des jambes et de l'œdème sus-pubien; le ventre est très tendu, l'utérus très développé mesure 0,41 centimètres, la tension des parois est très grande; pour ces raisons, l'examen est très difficile. Le palper est impossible à pratiquer; seule la tête est un peu perceptible au détroit supérieur.

Le 8 janvier. — M. le professeur Pinard examine cette femme et affirme qu'il ne sent qu'une tête mobile au niveau du détroit supérieur ; après avoir ausculté avec soin partout, il n'entend pas les bruits du cœur, mais il se garde d'affirmer la mort du fœtus en raison de l'hydramnios.

Cette femme ressent les premières douleurs du travail, le 9 janvier, à 10 heures du matin ; à 3 heures du soir, la dilatation est de la dimension d'une pièce de 2 francs. Les membranes sont constamment tendues au-dessus de l'orifice utérin ; M. Wallich les rompt à 3 h. 40 pendant qu'un aide fixe la tête au détroit supérieur ; il laisse le liquide s'échapper très lentement ; on en recueille 1500 grammes. Après la rupture des membranes, on entend les bruits du cœur.

Dilatation complète à 7 h. 20 ; expulsion du fœtus à 7 h. 30, en occipito-pubienne. Après son expulsion, il sort une grande quantité de liquide dont on n'a pu recueillir que 1000 grammes.

Le placenta s'engage à 8 heures du soir, et on en fait l'extraction simple à 8 h. 45

Il y a eu une perte de sang, mais minime, entre l'expulsion et la délivrance.

Le poids de l'enfant, né vivant, du sexe masculin, est de 2.250 grammes, sa longueur est de 42 centimètres.

Le placenta de forme discoïde pèse 580 grammes ; il est mou et friable. Les membranes sont déchirées.

Le cordon de volume normal mesure 62 centimètres.

L'enfant est mort le 16 janvier,

Son abdomen est très développé, le foie volumineux ; le péritoine contient une grande quantité de liquide. Hydrocèle vaginale double, facilement réductible et se reproduisant rapidement. Les testicules ne sont pas descendus.

OBSERVATION XX

Professeur Pinard.

Hydramnios. Bassin vicié. Symphyséotomie. Enfant vivant.

La nommée Léontine J..., blanchisseuse, âgée de 19 ans, entre à la clinique Baudelocque le 9 janvier 1894.

Son père est bien portant, sa mère est rhumatisante.

Elle ne sait à quel âge elle a commencé à marcher, mais elle a toujours bien marché; elle a été réglée à 16 ans et toujours régulièrement. Elle a souffert de rhumatismes articulaires aigus en 1889. Pas de signes de spécificité.

Primipare, elle a eu ses dernières règles vers le 10 mai 1893; elle a senti son enfant remuer en août ou septembre.

Cette femme vient à la consultation le 9 janvier. Elle raconte que vers le 20 décembre elle s'est aperçue que son ventre se développait rapidement et d'une façon considérable. En même temps elle était très abattue; elle avait de la dyspnée et des douleurs très fortes.

Le 7 janvier; dans la nuit, elle s'est sentie tout à coup inondée; l'œuf venait de se rompre. Depuis, son ventre a beaucoup diminué de volume: ses douleurs et la gêne respiratoire ont disparu, elle est très soulagée. Depuis ce jour elle n'a plus perdu de liquide. On la garde à la clinique Baudelocque parce qu'elle dit avoir perdu les eaux. On lui trouve un léger souffle systolique à la pointe et des varices aux membres inférieurs. Pas d'œdème. Pas d'albumine dans les urines.

Les seins sont bien conformés; le ventre est étalé; l'utérus est encore distendu par du liquide et la tension des parois considérable. Le fœtus se présente par l'extrémité céphalique en

GT; l'engagement n'est pas effectué, la tête est très élevée. A l'auscultation on trouve un foyer à gauche au-dessous de l'ombilic. Le bassin est vicié, il mesure 10-9 (Mlle Roze).

Le début du travail se manifeste le 20 février à 10 heures 1/2 du matin; le début de la dilatation le 20 février à 11 heures du soir; elle est complète le 21 février à 4 heures du matin. A midi et demi, M. Wallich examine cette femme sous le chloroforme, trouve la tête très élevée, mal fléchie, l'oreille postérieure au-dessus du promontoire et provoque la flexion de la tête qui ne reste pas dans cette nouvelle attitude. On attend tout en surveillant les bruits du cœur. A deux heures, la tête est toujours très élevée. A trois heures, M. Varnier examine la femme et trouve l'oreille à 5 centimètres au-dessus du promontoire, la suture sagittale à 76 millimètres du bord inférieur de la symphyse, le nez au niveau de l'entrée du bassin (ligne innommée gauche) (variété frontale, inclinaison de Nœgelé).

On décide alors de pratiquer la symphysiotomie que l'on commence à 3 heures 16. A 3 heures 48 on fait l'extraction du fœtus, et à 4 heures la délivrance artificielle.

La mère sort le 4 avril 1894, bien guérie.

L'enfant du sexe féminin est vivant et pèse 3590 grammes; il mesure 53 centimètres.

Le placenta discoïde pèse 460 grammes; le cordon, de volume ordinaire, mesure 56 centimètres. La mensuration des membranes qui sont complètes donne 35/1.

Enfant : Chevauchement très marqué au niveau de toutes les sutures, etc. Dès sa naissance, il présente sur la cloison du nez une ulcération jaunâtre. La troisième semaine, le sacrum présente aussi une ulcération discoïde, jaunâtre; une autre de même forme et comme jambonnée fait son apparition sur chaque talon. Sur le corps, éruption généralisée scarlatiniforme. Une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten par jour. ¶

Mort le 17 mars.

OBSERVATION XXI

Reverdin.

Grossesse prise pour un kyste de l'ovaire. Hydramnios à marche continue. Résection de l'intestin ; Opération césarienne et hystérectomie abdominale dans la même séance. Guérison.

Madame X... est atteinte d'un kyste de l'ovaire.

En août 1891, première ponction : 9 litres de liquides. Dix mois après, en 1892, deuxième ponction : 10 litres de liquide. Enfin, le 13 octobre 1891, ovariectomie ; contenance du kyste : 30 litres. Son état général devient florissant, mais la menstruation reste irrégulière.

En juin 1893, 9 mois après la ponction, elle revient car son ventre grossit ; elle croit à une nouvelle tumeur. En effet, à la palpation on trouve à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic une masse globuleuse légèrement déviée à droite ; les culs-de-sac sont libres, le col petit et ferme, la tumeur très peu mobile, les mouvements qu'on lui imprime déplacent à peine le col ; les règles sont revenues quelquefois, mais à des espaces très inégaux. Ne pouvant faire de diagnostic précis, je lui conseille de patienter. Mais trois semaines après, elle revient, désolée, car sa tumeur augmente toujours ; on la sent à fleur de peau ; cette fois-ci la fluctuation est manifeste, et on est en présence d'une tumeur liquide à développement rapide. Le col n'a pas changé d'aspect depuis le dernier examen.

Opération le 13 juillet 1893, anesthésie par l'éther. Après l'incision de la paroi abdominale je trouve des adhérences qui fixent à la paroi des masses épiploïques et une anse intestinale. Je les détache avec beaucoup de soin, lorsqu'un coup de ciseaux malheureux entame l'intestin ; en vou-

lant décoller l'anse blessée, l'ouverture s'agrandit encore. Je résèque 72 cent. d'intestin grêle : suture de l'anse et du mésentère. J'attire alors la tumeur au dehors. Nous la trouvons sillonnée à sa surface de vaisseaux si nombreux, qu'à son aspect, l'idée d'un kyste parovarique vient à l'esprit des personnes présentes. La fluctuation est parfaite, la minceur des parois extrême et on sent qu'à la moindre ponction il va s'échapper beaucoup de liquide. Je décide avec mes confrères de vider un peu la poche pour en faciliter la dissection et éclairer le diagnostic. Mais le bistouri est à peine plongé qu'un flot de liquide louche jaillit et remplit une cuvette suivi bientôt d'un cordon ombilical. Que faire alors vis-à-vis de ce fœtus de 4 mois 1/2 mis à sec ? L'extraire, fut chose rapide, et bientôt le placenta lui-même fut enlevé.

De plus, les parois de l'utérus amincies comme celles d'un kyste pouvaient-elles reprendre une force et une vitalité suffisante pour pouvoir mener à terme une grossesse future ? Les adhérences qui l'entouraient, conséquences de la première ovariectomie pouvaient faire croire qu'il ne pourrait pas aller à terme ; la rupture utérine, avant notre malencontreuse ponction, était imminente et constituait un danger pour la mère. On décida donc d'enlever cet utérus d'autant plus qu'il ne restait plus qu'un seul ovaire et encore était-il recouvert d'adhérences. En 1 heure 20 toute l'opération était terminée. Le seizième jour la femme se levait. Revue en février 1894 elle se portait à merveille.

Examinons maintenant les causes de l'erreur de diagnostic.

Comment a-t-on pu méconnaître une grossesse de 4 mois ou 4 mois 1/2 ? D'abord, je ne croyais pas après les lésions de la première ovariectomie que cette femme deviendrait facilement enceinte ; mais je reconnais que ce n'était pas là un motif suffisant.

En outre, la tumeur fixée par les adhérences occupait une situation élevée dans l'abdomen et les masses épiploïques soudées à la paroi empêchaient le palper de donner des sensations nettes dans la partie inférieure de la tumeur ; sans cela, on eût peut-être vu que la masse très fluctuante sentie au-dessous de l'ombilic se continuait avec un corps situé dans la profondeur du bassin, l'utérus : et l'hypothèse de grossesse aurait pu naître. Mais la fluctuation nette, sous-cutanée, en imposait ; l'état du col et son immobilité faisaient croire à un kyste.

L'auscultation, il est vrai, *ne fut pas pratiquée* d'ailleurs aurait-elle éclairé le diagnostic ? Le fœtus n'avait que 4 mois 1/2 et il y avait hydramnios ; on n'eût sans doute rien entendu.

Pourtant, à l'avenir, en pareil cas, je chercherais à parfaire mon diagnostic, et à apprécier s'il serait réellement utile d'interrompre le cours de la grossesse.

(*Société de chirurgie*, 28 février 1894).

OBSERVATION XXII

Professeur Pinard.

Hydramnios considérable. Rupture artificielle des membranes à la dilatation comme deux francs.

La nommée Honorine L..., âgée de 39 ans, femme de ménage, entre à la clinique Baudelocque, le 26 septembre 1896.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 36 ans de la rupture d'un anévrysme ; sa mère, morte à 47 ans, lors de son retour d'âge, a eu cinq enfants dont quatre sont vivants et bien portants.

Antécédents physiologiques. — Elle a marché à un an et a toujours bien marché depuis. Elle a été réglée à 13 ans, et depuis assez irrégulièrement ; ses règles duraient huit à neuf jours environ.

Antécédents pathologiques. — Elle a eu la rougeole à sept ans, la variole en 1870, l'influenza il y a quatre ans.

Antécédents obstétricaux. — Neuf grossesses antérieures ; tous les enfants sont nés à terme, spontanément et ont présenté le sommet. Sept sont nés vivants, mais deux sont venus morts et macérés ; l'un de ces derniers avait trois circulaires du cordon. Le père est le même pour toutes les grossesses.

La femme allaitant au moment de la conception il est impossible de connaître l'âge exact de la grossesse. Elle a commencé à percevoir les mouvements actifs vers le milieu du mois de juin. Vers cette date, elle a eu une bronchite qui a duré une quinzaine de jours pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Cochin. A la fin du mois d'août, le ventre a augmenté de volume très rapidement, en même temps qu'apparaissaient de l'oppression, des étouffements, surtout dans le décubitus dorsal pendant les nuits où elle était très agitée. Un mois après, fin septembre, est apparu un œdème notable des membres inférieurs. Vers cette époque, le 24 septembre, elle a fait une chute dans un escalier. Après la chute, elle a éprouvé de vives douleurs dans les reins pour lesquelles elle est venue consulter le 26 septembre à la clinique Baudelocque, où on l'admit.

A l'examen, la paroi abdominale est tendue, le ventre est très développé ; l'utérus mesure 42 centimètres ; par le palper et la percussion on constate une hydramnios considérable. Le sommet est en bas, non engagé, en droite transversale. Le foyer de l'auscultation est à droite, en arrière au-dessous de l'ombilic. Le bassin est normal. Albumine 0,25 centigrammes. Régime lacté absolu pendant les cinq premiers jours, mais moins sé

vère le 6 octobre lorsque l'albumine fut réduite à des traces. Elle disparut même par la suite.

Le 16 octobre. — Nouvel examen par M. Varnier. L'utérus mesure 52 centimètres ; au toucher, pas de partie fœtale accessible ; œdème toujours très considérable de la paroi abdominale, surtout marqué à la région sus-pubienne. Circonférence abdominale : 118. Diamètre antérieur postérieur maximum : 33 c., la femme étant couchée ; 39 c., la femme étant debout. M. Varnier institue le traitement hydrargyrique quoique la femme nie tout espèce d'accident de nature spécifique.

Le 19 octobre, hauteur de l'utérus : 56 centimètres.

Le 20 octobre. — M. Varnier examine de nouveau cette femme. La hauteur de l'utérus est de 59 centimètres ; le toucher démontre que le col est très élevé, à peine accessible. L'auscultation des bruits du cœur fœtal pratiquée, la femme étant placée alternativement très près du bord droit et du bord gauche de son lit, dans le décubitus latéral, le ventre en dehors du lit, ne donne aucun résultat ; pas de mouvements actifs ni à la main, ni à la vue. On décide qu'en cas d'urgence, afin de rompre les membranes on abaissera le col, qui est élevé, à l'aide d'une pince à griffes. Depuis son entrée au dortoir cette femme dort peu, environ une heure par nuit, à cause de son oppression qui augmente toujours. L'appétit est conservé ; pas de troubles de la vue, mais maux de tête fréquents ; on ne retrouve aucune trace de syphilis. Il n'y a pas d'albumine.

Le 21 octobre 1896 à 11 heures du soir le début du travail se manifeste. A minuit la dilatation est comme deux francs. Les membranes sont très tendues. Mlle Roze les rompt, et la dilatation devient complète à trois heures du matin.

Il s'écoule dix litres de liquide amniotique jaunâtre. L'expulsion du fœtus en O. P. se fait à 3 heures 15, le 22 octobre.

Entre l'expulsion et la délivrance, il s'écoule une quantité de sang assez considérable, mais le placenta sort spontanément

avec de nombreux caillots sept minutes après le fœtus. Après son expulsion on fait une injection intra-utérine très chaude et l'hémorrhagie s'arrête.

L'enfant vivant du sexe féminin pèse 2,810 grammes ; il mesure 49 centimètres.

Le placenta de forme discoïde pèse 560 grammes. Les membranes sont complètes mais déchirées. Le cordon, de volume normal, inséré en raquette, mesure 63 centimètres.

La température de la mère reste à 37° jusqu'au 28 octobre. Ce jour elle a un violent frisson ; avec température de 38°8, et 116 pulsations. On lui fait une injection intra-utérine. Le 29 octobre, température normale. Le 30 au soir, 38°1, puis elle redevient normale et la femme sort bien remise le 11 novembre 1894.

L'enfant né criant et respirant bien, se cyanose très vite, et reste dans cet état pendant plusieurs heures. Il présente un cloaque qui laisse s'écouler l'urine et le méconium (communication du vagin et du rectum). Mis dans une couveuse.

Mort le 24 octobre.

OBSERVATION XXIII

Professeur Pinard.

Hydramnios à marche rapide. Fœtus mort et macéré. Avortement. Syphilis.

La nommée Léonie T..., 23 ans, domestique, vient accoucher à la Clinique Baudelocque le 28 janvier 1895.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Cette femme primipare a eu ses dernières règles du 6 au 10 juillet 1894. Elle paraît saine et bien constituée ; on remarque seulement sur la grande lèvre droite une cicatrice d'environ

deux centimètres qu'elle dit être le résultat d'un abcès qu'elle a eu il y a un an et demi.

Le 10 août. — Un mois après ses règles, à la suite de rapports sexuels elle a eu une perte qu'elle évalue à un demi litre de sang, qui a duré un quart d'heure, et s'est arrêtée d'elle-même.

Depuis ce moment sa grossesse poursuit son cours sans accident apparent. Nous notons toutefois qu'elle n'a jamais perçu les mouvements actifs du fœtus, et que le père syphilitique depuis deux ans, est encore resté trois semaines en traitement à Laënnec en janvier 1894. De plus, cette femme nous dit que son ventre a subitement, rapidement, et considérablement augmenté il y a deux mois. La tension des parois est en effet très accusée, le ventre est tendu et volumineux, la hauteur de l'utérus est de 34 centimètres

A l'arrivée de la parturiente le 28 janvier à 8 heures et demie du matin, le travail est commencé depuis deux heures du matin, la dilatation est comme deux francs, les membranes épaisses sont tendues et bombées. Rien à l'auscultation, pas de mouvements actifs. Le travail se fait lentement, les douleurs sont peu fortes et peu fréquentes. Présentation du sommet en G. T.

La dilatation est complète à 3 h. 20 du soir ; à cette heure on rompt les membranes, il s'écoule un liquide abondant et brunâtre. Expulsion du fœtus à 5 heures 20.

Le placenta engagé à 5 heures 1/2 est extrait par expression à 6 heures 10 Injection intra-utérine. Très légère hémorrhagie.

Fœtus masculin mort et macéré pesant 1650 grammes, et conservant 40 centimètres.

Le placenta discoïde pèse 710 grammes.

Le cordon de volume ordinaire mesure 63 centimètres.

CONCLUSIONS

Il y a lieu de reconnaître à l'hydramnios deux formes bien nettement distinctes :

1° L'une qui débute dès les premiers mois, évolue rapidement et empêche la grossesse d'aller à terme ;

2° L'autre qui débute plus tardivement, évolue silencieusement et permet à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme.

On doit tout d'abord instituer un traitement spécifique. Puis, si des symptômes graves exigent une intervention immédiate, il faut évacuer l'utérus.

Vu par le président de la thèse,

PINARD.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MAURICEAU. — Des maladies des femmes grosses. De l'hydropisie de matrice. Pages 175 à 178, liv. 1^{re}, an. 1694.
- PUZOS. — Traité des accouchements. De l'influence de l'hydropisie dans la grossesse. Pages 84 à 92. An. 1759.
- DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchem. Page 434, 1765.
- SÉDILLOT jeune. — Journal de médecine et de chirurgie. An. VII. Obs. de Noël Dumarais, page 349.
- BAUDELOCQUE. — Journ. id. Réflexions sur l'hydropisie de matrice. Tome VI, page 357.
- MERCIER. — Id. Janvier 1812. Tome 43. Page 165. Observatio de amnio amniotidis hydrope, etc. Id. sept. 1812. Tome 45, pages 253 à 267. Nouvelles observ. d'hydropisie de l'amnios.
- SCARPA. — Opusculi di chirurgia, vol. I, page 181, an. 1825.
- OLLIVIER (d'Angers. — Archives générales de médecine, 2^e série, tome 5. Page 683.
- DUBOIS ET DESORMEAUX. — Dict. en 30 vol. Art. hydrométrie. 1832.
- VELPEAU. — Traité des accouchements, page 269. An. 1835.
- DUGÈS. — Manuel d'obstétrique. Page 50, An. 1840.

- DUBUISSET. — Dissertation sur l'hydrop. de l'amnios, 1837.
- JACQUEMIER. — Traité d'obstétrique, page 412. An. 1846.
- MAC CLINTOCK. — Clinical memoirs on diseases of Women. Page 376. Année 1863.
- JOULIN. — Traité complet d'accouchements p. 800. An. 1867.
- SENTEX. — Considérations sur l'amniotite (Bulletin Médical du Nord de la France. Page 305. An 1872).
- CAZEAUX. — Traité d'accouchement. Page 548. An. 1874.
- H. PREEL. — Du liquide amniotiq. Conséquences de ses variations de quantité. Thèse, 1875.
- GUILLEMET. — Contribut. à l'étude de l'hydramnios. Thèse, 1876.
- CHARPENTIER. — Archives de Tocologie. De l'hydramnios et en particulier de l'hydramnios aiguë. Juin, juillet, août, septembre et octobre 1880.
- (La bibliographie de l'Hydramnios aiguë est très complète dans ce mémoire).
- PETITJEAN. — Thèse, 1880.
- A. DELASSUS. — Etude sur l'hydropisie de l'amnios, page 10. An. 1881.
- BAR. — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (Pathogénie). Page 115, etc., 1881.
- TILLAUX. — Gazette des hôpitaux, août 1886.
- R. WILSON, DE SOYRE. — Contrib. à l'histoire de l'hydramnios. Archives de Tocologie. 15 juin 1887.
- LEPAGE. — De la ponction de l'utérus par la voie abdominale dans l'hydropisie de l'amnios. Annales de gynécologie, octobre 1888, page 257.
- M. LABRUHE. — Etude chimique du liquide amniotique de la femme. Page 57. Thèse, 1888.
- NICOLAS. — Hydramnios. Ponction. Dauphiné Médical, 4 avril 1889.
- TRACHET. — Archives de Tocologie. Novembre 1889. Note sur le diagnostic de la grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios.

BABBÉZIEUX. — Etude sur le développement du fœtus dans l'hydramnios. Thèse, 1889.

DARNIS. — Pathogénie de l'hydramnios. Thèse, 1891.

NINAUD. — Etude sur l'hydropisie aiguë de l'hydramnios. Thèse 1893.

